

つるぎ町自転車ヘルメット着用促進事業費補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

つるぎ町長 殿

申請者（請求者）

住 所	
フリガナ	
氏名	(自署) 印
電 話	

保護者等同意欄

上記の者の申請に同意します。

住 所	
フリガナ	
氏名	(自署) 印
電 話	

つるぎ町自転車ヘルメット着用促進事業費補助金交付要綱第6条の規定に基づき、下記のとおり申請（請求）します。

記

ヘルメットの使用者			購入したヘルメット			
氏名	生年月日	申請者との関係	メーカー品名	安全基準※1	購入年月日	購入価格※2
	T・S・H・R 年 月 日	本人 保護者			年 月 日	円
補助金申請（請求）額 ※3						円

- ※1 安全基準：SG、JCF、CE、GS、CPSC等を記載する。  
 ※2 購入価格：ヘルメット本体の税込価格とし、送料等他の費用は含まない。  
 ※3 補助金申請（請求）額：ヘルメット購入額の1/2（100円未満の端数切り捨て）上限は3,000円とする。

【補助金振込先】

金融機関名		店名	本店・支店 出張所
預金種別	普通	当座	口座番号
フリガナ			
口座名義人	※振込先口座は、申請者又は購入に要する経費を負担した保護者等の名義に限ります。		

【添付または提示する書類】 ※準備ができた書類に✓を入れてください。

- ヘルメットの購入に要した経費の領収書等の写し（添付）
- 安全基準の認証確認ができる書類の写し（添付）
- 振込先口座が確認できる通帳等の写し（添付）
- その他必要な書類等（添付または提示）

【裏面の同意書兼誓約書も必ず記載してください】

【アンケートに御協力ください】

○本補助金は、自転車ヘルメットを購入するきっかけとなった。〔 はい ・ いいえ 〕