

蟹江町長 殿

申請者 住 所
氏 名
電話番号

蟹江町自転車乗車用ヘルメット着用促進事業費補助金交付申請書兼実績報告書

蟹江町自転車乗車用ヘルメット着用促進事業費補助金交付要綱第5条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

ヘルメットを着用する者			購入するヘルメット				補助金 交付申請額 ※2
氏名	生年月日 (年齢)	申請者との 関係	メーカー	品名又は 品番	安全基準 ※1	価 格	
	年 月 日 (満 歳)					円	円
	年 月 日 (満 歳)					円	円
	年 月 日 (満 歳)					円	円

※1 安全基準：購入したヘルメットの安全基準を以下から選んで記載してください。

(SG、JCF、CE (EN1078)、GS、CPSC、その他)

※2 補助交付申請額：ヘルメットの購入価格×1/2（上限2,000円。10円未満の端数切り捨て）

誓約事項（□に✓を入れてください）

申請に当たり、次の事項を確認し、遵守することを誓約します。

- 一 過去に同一の補助金（愛知県内の他市町村による補助金を含む。）の適用を受けていないこと
- 二 蟹江町暴力団排除条例（平成23年蟹江町条例第12号）に規定する暴力団員又は暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有している者でないこと
- 三 購入したヘルメットは新品であること
- 四 自転車乗車用ヘルメット購入後に発生した事故等について、愛知県及び蟹江町が一切の責任を負わないことについて了承したこと
- 五 町税の滞納等がないこと又は町税の納税状況について、町が確認することを了承したこと
- 六 申請内容に虚偽があった場合は、蟹江町に対して補助金を返還すること

添付書類

- 代金の支払い手続きが完了したことを証する書類（領収書等）
- その他必要な書類

店舗等記入欄：領収書等が添付できない場合は、店舗等記入欄に証明を受けてください。

購入店舗証明欄	上記事項について安全基準を満たすヘルメットを販売したことを証明します。 年 月 日 (店舗所在地) (店舗等名称)
---------	--