

# 記入例

様式第1号（第6条関係）

大町市自転車用ヘルメット購入費補助金交付申請書兼実績報告書兼交付請求書

令和〇年〇月〇日

大町市長 殿

申請（請求）者 住 所 大町市大町3887

氏 名 大町 太郎

連絡先 0261-22-0420

未成年者が使用する  
場合は、保護者名で  
申請してください。

大町市自転車用ヘルメット購入費補助金の交付を受けたいので、大町市自転車用ヘルメット購入費補助金交付要綱第6条の規定により、交付を受けたいので、関係書類を添えて申請（請求）します。

なお、この申請の審査にあたり、私の市税等の納付状況及び住民基本台帳の記録の状況について調査、閲覧することに同意します。

ヘルメット 使用 者	氏 名 大町 一郎	生 年 月 日 平成19年 4月 3日	申請者との関係 子
メーカー名	〇〇〇〇	品名又は型番	*****
購入年月日	令和 6年 1月 7日	購入価格(税込)	4,500円
ヘルメット 安全基準	SG・JCF・CE・GS・CPSC・その他（ ） (該当する安全基準に○印をしてください。)		
交付申請額	2,000 円 ヘルメット購入価格×1/2（上限2,000円、100円未満切り捨て）		
振 込 先	金融機関名	● ● 銀行・金庫 組合・農協	大町 支店 支所
	口座種別	普通・当座	口座番号 1 2 3 4 5 6 7
	フリガナ 口座名義人	オオマチ タロウ 大町 太郎	

※1 振込先は、申請者ご名義の口座としてください。

2 裏面に誓約事項がありますので、ご記入のうえご提出ください。

誓約事項（□ に ✓ を入れてください）

申請にあたり、次の事項を確認し、遵守することを誓約します。

- 一 当該交付申請に係るヘルメットの使用者が、過去に、県内市町村で、長野県が実施する自転車用ヘルメット購入支援事業補助金を財源とする補助制度の適用を受けていないこと
- 二 当該交付申請に係るヘルメットの使用者が、当該ヘルメットに対して他の補助金の交付を受けていないこと
- 三 購入するヘルメットは新品であること

添付書類

- (1) 領収書（申請者の氏名、商品名、購入日、購入価格及び販売店名の記載があるもの）その他支払をしたことを証する書類
- (2) 安全基準の認証が確認できるもの（保証書の写し、ヘルメットの写真等）
- (3) ヘルメット使用者の本人確認ができるもの（学生証、運転免許証、マイナンバーカード、保険証等）
- (4) その他市長が必要と認める書類