令和　　年　　月　　日

近江八幡市長　宛

　　　　　　　　　　　　　申請者　住　　所　近江八幡市

　　　　　　　　　　　　　　　　　(フリガナ)

氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日(大正・昭和・平成)　　 年　 月　 日

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

近江八幡市自転車用ヘルメット購入補助金交付申請書

近江八幡市自転車用ヘルメット購入補助金交付要綱第６条の規定に基づき、以下のとおり申請します。また、近江八幡市が補助金の交付の可否を決定するに当たり、私の市税等滞納の有無、私及びヘルメット使用者の居住を調査し、利用することを承諾します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ヘルメット  使用者 | □申請者と同じ | | | | | |
|  |  | 生年月日 | 年　　月　　日 | | |
| 住 　所 | □申請者と同じ（記入不要） | | | 申請者  との関係 |  |
| 購入物品 | 自転車用ﾍﾙﾒｯﾄ【ﾒｰｶｰ名（品番）：　　　　　　　　　 （　　　　 　）】  安全基準 ※該当するものに☑ 【□SG □JCF □CE □GS □CPSC □その他（　　 　）】 ※ヘルメット使用者1人につき1個の購入であることが必要。 | | | | | |
| 購入年月日 | 令和　　年　　　月　　 日 | | 購入店舗名 |  | | |
| 購入価格 | 金　　　　　　　 　円 | | （消費税及び地方消費税含む。） | | | |
| 交付申請額 | 金　　　　　　　 円 | | （補助率1/2、100円未満切捨、補助上限3,000円） | | | |

（店舗等記入欄）**領収証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。

|  |  |
| --- | --- |
| 購入店舗等証明欄 | 上記の購入物品、購入年月日、購入価格のとおり、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  （店舗等所在地）  （店舗等名称） |

**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。

1. 同一の補助対象経費に対する他の補助金の適用を受けていません。
2. 購入したヘルメットは新品であり、中古品（未使用品含む）ではありません。また、中学校で指定している通学用ヘルメットではありません。
3. 申請内容に虚偽があった場合は、市に対して補助金を返還します。

令和　　年　　月　　日　　　 申請者：