

記載例

様式第1号（第6条関係）

安曇野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請求書

和暦をお願いします

令和〇年 〇月 〇日

（宛先） 安曇野市長

申請者兼請求者 住所 **安曇野市〇〇123番地4**

18歳以上であれば、申請可能です。（高校3年生の申請も考えられます）
保護者が未成年の子の申請をする場合は、同子の情報を使用者欄に記載願います。

フリガナ **アヅミノ タロウ**
氏名 **安曇野 太郎** 印
生年月日 大正 昭和 **2年 1月 1日**（**34**歳）
平成 令和
勤務先 **安曇野市役所**
通学先
連絡先 **090-0000-0000**

安曇野市自転車用ヘルメット購入費補助金交付要綱第6条の規定に基づき、次のとおり申請及び請求します。

1 使用者 申請者に同じ

フリガナ	アヅミノ マサト	生年月日	平成20年 4月 1日
氏名	安曇野 正人	勤務先・通学先	〇〇高等学校

2 申請額（請求額）

安全基準 ※1	購入価格（税込）	申請（請求）額 ※2
<input checked="" type="checkbox"/> SG <input type="checkbox"/> JCF <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> GS <input type="checkbox"/> CPSC その他（ ）	6,500 円	3,000 円

※1 安全基準： 購入したヘルメットの安全基準を以下を参考に選択してください。

- 一般財団法人製品安全協会が安全基準に適合することを認証したSGマーク
- 公益財団法人日本自転車競技連盟が安全基準に適合することを認証したJCFマーク
- 欧州連合の欧州委員会が安全基準に適合することを認証したCEマーク
- ドイツ製品安全法が定める安全基準に適合することを認証したGSマーク
- 米国消費者製品安全委員会が安全基準に適合することを認証したCPSCマーク
- その他（上記に当てはまらない安全基準のものでも申請できる場合があります。）

購入費の2分の1の補助
上限は3,000円です。
(100円未満切り捨て)

※2 補助金申請（請求）額：ヘルメットの購入価格 × 1/2（上限 3,000 円、100円未満切り捨て）

3 振込先 ※申請者名義の口座を指定してください。

金融機関名	〇〇銀行	支店・支所名	〇〇支店						
口座種別	普通	口座番号（右詰め）	1	2	3	4	5	6	7
口座名義 ※カかけで記載	アヅミノ ヒロコ								
【委任払い申請】この支払について、受領を上記口座名義人に委任する。									
口座名義人との関係	妻	申請者（自署）	安曇野 太郎						

※別名義の口座を指定する場合は、上記委任払い申請欄に申請者本人が自署してください。

申請者と口座名義人が異なる場合に使用

「**交付要件**」をご確認ください

《**交付要件**》

- ・ヘルメット使用者が、過去に本補助金の適用を受けていないこと。
- ・補助金の交付の対象となるヘルメット購入費について、他の地方公共団体等から補助金等の助成を受けていないこと。
- ・交付を取り消され、又は交付する額を超える補助金が交付されたため、補助金の返還を求められたときは、納期日までに納付すること。
なお、納期日までに納付しなかったときは、納期日の翌日から納付の日までの日数に応じ、その未納額（その一部を納付した場合におけるその後の期間については既に納付した額を控除した額）につき年10.95パーセントの割合で計算した遅延損害金を併せて市に納付すること。

《**添付書類**》

- (1) ヘルメットを購入したことを証する書類（領収書等）
- (2) 安全基準の認証等の確認ができるもの（保証書、取扱説明書、ヘルメットの写真等）
- (3) 安曇野市自転車用ヘルメット購入費補助金に係る個人情報の確認に関する同意書(様式第2号)
- (4) その他必要な書類

担当者記入欄

- 申請者は、本市における補助対象経費以外の自転車用ヘルメットについて、他の地方公共団体等から同様の補助金等の助成を受けたことがある。
(助成を受けた時期：令和 年 月 助成を受けた地方公共団体等：)

記載例

様式第2号（第6条関係）

安曇野市自転車用ヘルメット購入費補助金に係る個人情報の確認に関する同意書

和暦をお願いします。

令和〇年 〇月 〇日

(宛先) 安曇野市長

令和〇年 〇月 〇日付けで申請した安曇野市自転車用ヘルメット購入費補助金の審査に必要な範囲において、下記の個人情報を確認することに同意します。

記

- 1 住民基本台帳
- 2 市税、国民健康保険税、介護保険料及び後期高齢者医療保険料の納付状況

申請者	氏名 <u>安曇野 太郎</u>	印 
	氏名 <u>安曇野 広子</u>	印 
	氏名 <u>安曇野 正人</u>	印 
	氏名 <u>安曇野 雅子</u>	印 
	氏名 <u>安曇野 清</u>	印 
	氏名 <u>安曇野 久子</u>	印 
	氏名 _____	印 
	氏名 _____	印 

* 世帯全員の記名と押印をお願いします。