

様式第1号（第5条関係）

（表）

年 月 日

（宛先）甲州市長

申請者 住所  
氏名  
連絡先

甲州市自転車用ヘルメット購入費補助金交付申請兼実績報告書

甲州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、甲州市自転車用ヘルメット購入費補助金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請及び報告します。

補助対象ヘルメット利用者  <input type="checkbox"/> 申請者と同一 ※ 申請者と同一の場合は <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> を付してください。	住所	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
購入した補助対象ヘルメット	購入年月日	年 月 日
	購入金額	円
	メーカー・品名	
	適合安全認証	SG・JCF・CE・GS・CPSC その他（ ）
申請（実績報告）額		円

振込先

金融機関名		支店名	
預金種別	普通・当座・その他	フリガナ	
口座番号		口座名義人	

様式第 1 号 (第 5 条関係)

(裏)

誓約書及び同意書

1 次の事項を確認し、遵守することを誓約します。

<input type="checkbox"/>	甲州市自転車用ヘルメット購入費補助金交付申請兼実績報告書及び添付書類の内容に虚偽や不正はありません。
<input type="checkbox"/>	甲州市自転車用ヘルメット購入費補助金交付要綱第 2 条第 2 項に定められた国又は地方公共団体から同種の補助金等を受けていません。
<input type="checkbox"/>	補助対象ヘルメット利用者 1 人につき、補助対象ヘルメット 1 個の購入に係る 1 回目です。
<input type="checkbox"/>	申請 (報告) 内容に虚偽があった場合は、甲州市に対して補助金を返還します。
<input type="checkbox"/>	自転車運転中はヘルメットを正しく着用し、交通ルールを遵守し、安全利用に努めます。
<input type="checkbox"/>	補助対象ヘルメット着用時に発生した事故等について、甲州市が一切の責任を負わないことについて了承します。

※ に✓を付してください。

2 甲州市自転車用ヘルメット購入費補助金の交付に係る審査のため、私の市税等の収納状況及び私の世帯の住民基本台帳を確認することに同意します。

申請者氏名 \_\_\_\_\_