

年 月 日

山田町長 様

申請者（請求者）住所  
氏名  
電話番号

印

山田町自転車用ヘルメット購入費補助金交付申請書兼請求書

山田町自転車用ヘルメット購入費補助金交付要綱第6の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。なお、町長が交付の決定をしたときは、補助金を指定の口座に振り込んでください。

フリガナ			生 年 月 日
使用 者 氏 名 (申請者との関係)	( )		年 月 日
住 所	〒 山田町		
ヘルメット購入金額 (税込)	円	購入日	年 月 日
安 全 基 準 (いずれかに✓)	<input type="checkbox"/> SG <input type="checkbox"/> JCF <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> GS <input type="checkbox"/> CPSC <input type="checkbox"/> その他 ( )		
そ の 他 確 認 事 項 (該当の場合✓)	<input type="checkbox"/> 購入したヘルメットは新品である。		
交 付 申 請 額	円 (※の算定式で算出した額)		

※ヘルメット購入金額（税込）×2/3（上限3,000円、100未満切捨て）

振込先

金融機関名	支店名（店番）	種別	口座番号	口座名義人
	支店 ( )	普通 当座		フリガナ

添付書類

- ヘルメットを購入したことを証明する書類（品名、金額及び購入した日等の記載がある領収書等）の原本
- 安全基準の認証等が確認できるもの（ヘルメットの写真等）
- 振込先口座の通帳等の写し