様式第2号(第5条関係)

令和　　年　　月　　日

長洲町長　様

＜申請者＞

住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

長洲町自転車乗車用ヘルメット購入費助成金交付申請書兼請求書(保護者、事業者等

申請用)

長洲町自転車乗車用ヘルメット購入費助成金の支給について、長洲町自転車乗車用ヘルメット購入費助成金交付要綱第5条の規定により次のとおり申請します。

なお支給決定を受けた場合は、同要綱第6条の規定により支給決定額について請求します。

|  |  |
| --- | --- |
| 支給申請額 | 　　　　　円 |
| 購入金額合計(助成対象経費) | 　　　　　円 |
| 自転車乗車用ヘルメット使用者 | □使用者については別紙のとおり申請します。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 助成対象経費 | 自転車乗車用ヘルメット購入費 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関(ゆうちょ銀行を除く) | 金融機関名 | 銀行・農協信金 | 本店・支店支所 |
| 口座番号 | 普通・当座・その他(　　　　) |
| 口座名義(カナ記入) |  |
| ゆうちょ銀行(郵便局) | 記号 |  | 番号 |  |
| 口座名義(カナ記入) |  |

＜添付書類＞以下の書類を添付し、申請いたします。

□自転車乗車用ヘルメット購入に係る領収書の写し等支払った金額がわかる書類

□安全基準を満たしていることがわかるもの

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

※申請に係る情報については、厳重に保管し、本事業以外の目的には使用しません。

様式第2号(第5条関係)別紙

　申請者氏名：

以下のとおり、長洲町自転車乗車用ヘルメット購入費助成金交付申請に係るヘルメット使用者を申請いたします。

あわせて、使用者のヘルメットを購入し本申請の使用者として申請することについて、本人に了承を得ていることを宣言いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 自転車乗車用ヘルメット使用者 | 申請者との関係性 |
| 住所:長洲町大字氏名: | □子(未成年者)□自事業所の被雇用者□その他(　　　　　) |
| 住所:長洲町大字氏名: | □子(未成年者)□自事業所の被雇用者□その他(　　　　　) |
| 住所:長洲町大字氏名: | □子(未成年者)□自事業所の被雇用者□その他(　　　　　) |
| 住所:長洲町大字氏名: | □子(未成年者)□自事業所の被雇用者□その他(　　　　　) |
| 住所:長洲町大字氏名: | □子(未成年者)□自事業所の被雇用者□その他(　　　　　) |
| 住所:長洲町大字氏名: | □子(未成年者)□自事業所の被雇用者□その他(　　　　　) |
| 住所:長洲町大字氏名: | □子(未成年者)□自事業所の被雇用者□その他(　　　　　) |
| 住所:長洲町大字氏名: | □子(未成年者)□自事業所の被雇用者□その他(　　　　　) |
| 住所:長洲町大字氏名: | □子(未成年者)□自事業所の被雇用者□その他(　　　　　) |
| 住所:長洲町大字氏名: | □子(未成年者)□自事業所の被雇用者□その他(　　　　　) |