

河合町自転車乗車用ヘルメット購入助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

河 合 町 長 殿

(申請者)

住 所

氏 名

印

電話番号

(助成対象者との関係; )

河合町自転車乗車用ヘルメット購入助成事業実施要綱第6条の規定により、河合町自転車乗車用ヘルメット購入助成金の交付について、関係書類を添えて申請します。

助成金の交付決定に必要な住民基本台帳及び町税の納税状況の確認を河合町が行うことに同意します。

助 成 対 象 者(助成金の交付を受ける人)	
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ 河合町
氏名等	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ ヘルメットを使用する人との関係 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 祖父母
ヘルメットを使用する人(自転車保険加入 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明)	
住 所	<input type="checkbox"/> 助成対象者に同じ 河合町
氏 名	<input type="checkbox"/> 助成対象者に同じ <input type="checkbox"/> 購入時18歳未満の場合は <input checked="" type="checkbox"/> チェックしてください。
購 入 費	円(購入費(消費税含む)から送料を除いた金額)
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> レシート <input type="checkbox"/> 領収証 <input type="checkbox"/> 販売証明書(様式第2号) <input type="checkbox"/> その他( )

※ 該当する□には「」でチェックしてください。

※ 「その2」の様式で助成金の振込先の口座を記載してください。

請求金額		※						円	
助成金振込先	金融機関名	銀行・信用金庫						本店・支店	
	支店名	信用組合・協同組合						出張所	
	口座種別	普通・当座						口座 名義人	ふりがな
	口座番号								氏名

※ 請求金額は購入費の2分の1(消費税込・送料は除く)、ただし助成金額の上限を3,000円とし(1円未満は切り捨て)、助成金は振込送金します。

※ 助成金振込先は、必ず助成対象者の名義の口座を指定してください。