

自転車乗車用ヘルメット購入助成申請書兼誓約書

立川市長 殿

自転車乗車用ヘルメット購入費用の助成を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

ふりがな		ふりがな	
申請者氏名 (ヘルメットをかぶる人)		保護者氏名 (保護者が未成年者のヘルメットを購入する場合に記入)	
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)	住所	〒190 - 立川市
電話番号	— —		
申請日	令和 年 月 日	申請金額	円 ※上限額 2,000 円

【誓約・同意事項】

私は、自転車乗車用ヘルメット購入費用の助成の申請に当たり、以下の事項に誓約・同意します。

- 助成金の請求及び受領の権限を本事業における事業協力店に委任すること。
- 本申請以前に、本事業による助成の申請をしていないこと（1人当たり1個限り。）。
- 購入日現在、立川市に住民登録があること。
- 本事業において、必要な場合、住民基本台帳の情報について公簿により確認すること。
- 申請内容に虚偽のないこと。また、虚偽の申請その他不正の手段により助成を受けたことが判明した場合、速やかに助成額を返還すること。

署名

※保護者が代理で申請する場合は保護者の氏名を記入

購入証明書類添付欄	事業協力店記入欄					
	本人確認（いずれかにチェック）					
	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 資格確認証（健康保険証） <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他（　　　　　　　　　）					
	安全基準マークの確認（いずれかにチェック）					
	<input type="checkbox"/> SG <input type="checkbox"/> JCF <input type="checkbox"/> CE（EN1078） <input type="checkbox"/> GS <input type="checkbox"/> JIS <input type="checkbox"/> CPSC（CPSC1203） <input type="checkbox"/> SNELL <input type="checkbox"/> ASTM					
	販売年月日			令和 年 月 日		
	店名					

※本事業で収集した個人情報、法令等に基づき、市及び事業協力店において適正に管理し、当事業以外の目的には使用しません。