

様式第1号（第5条関係）

古平町交通安全協会自転車用ヘルメット購入費補助金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

古平町交通安全協会長 様

申請者 住 所
氏 名 ⑩
電話番号

古平町交通安全協会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、古平町交通安全協会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、次のとおり関係書類を添えて申請及び請求します。

ヘルメット着用者	住 所	
	氏 名	
購入したヘルメット	品名又は型式	
	価 格	円
補助金交付申請（請求）額	円 ※上限 3,000 円	
購 入 年 月 日	年 月 日	
安 全 基 準 ※ 1		

※安全基準：購入したヘルメットの安全基準を次から選んで記載してください。

（SG、JCF、CE、GS、CPSC）

※補助金交付申請額：ヘルメット購入価格の3,000円まで

フリガナ			
口座名義			
振込先金融機関	銀行 金庫	支店名	支店 出張所
預金種別	普通・当座	口座番号	

（添付書類）

- ・ヘルメットを購入したことを証する書類（領収書の写し）
- ・ヘルメットの安全基準を確認できる書類（保証書等）

就 労 等 証 明 書

古平町交通安全協会長 様

○事業主会員は事業所に証明を受けてください。

(注) 下記の太枠内は全て就労先の担当者の方が記入してください。

氏 名	
住 所	
生 年 月 日	
就 労 先	住所
	名称 電話 ()
	職務内容
上記の者は、当事業所において上記のとおり就労中であることを証明します。 (記入日) 令和 年 月 日 事業所住所 事業所名 代表者名 印 電話番号 ()	