

# 令和6年度山形県自転車ヘルメット購入事業費補助申込書

令和 年 月 日

(使用者の保護者) 申込者	フリガナ 氏名		
	住所	〒	—
	電話番号	—	—

下記のすべての項目について確認・同意のうえ、自転車ヘルメット購入補助を申し込みます。

**【確認・同意事項】** ※次の事項を確認いただき、にレを記入してください。

- この書類に記載した使用者に係る自転車ヘルメット購入補助の申請は初めてです。(他市町村の事業による補助を含む)
- この書類に記載した使用者本人が着用し、転売、譲渡等を目的としたものではありません。
- 在学する学校から自転車通学の許可を受けている、またはその見込みです。

使用者	フリガナ 氏名		申込者との続柄		<b>学校確認欄</b> ※確認後受付印押印  No.  学校受付印押印欄
	学校名		学年・クラス	年 組	
	生年月日	平成 年 月 日			

※新品かつ税込み2,001円以上であり、安全基準を満たした自転車ヘルメットが購入補助の対象です。(令和6年4月1日から翌年3月31日までの間に購入したものに限り。)

※購入補助額は、自転車ヘルメット1個につき一律2,000円です。

※この申込書は事業協力店を通じて県に提出します。

※個人情報については、令和6年度山形県自転車ヘルメット購入事業費補助金交付要綱に定める補助対象要件等を確認するためのみに使用します。

事業協力店記入欄	
販売店名	
販売日	令和 年 月 日
販売ヘルメット情報 (安全基準・メーカー名・商品名)	
販売価格(値引き前の額)	円
補助額	2,000円
実販売額(値引き後の額)	円