

寒川町自転車用ヘルメット購入費助成申請書

年 月 日

（あて先）寒川町長

住 所 _____

ふりがな

氏 名 _____

電話番号 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

使用者との関係 _____

寒川町補助金の交付等に関する規則第3条に基づき申請します。

なお、私は寒川町自転車用ヘルメット購入費助成要綱第3条に基づく以下の項目に対し、承諾並びに誓約します。

- ・住民基本台帳を照会すること。
- ・町税等の納付状況を照会すること。

使 用 者	ふりがな 氏 名	住 所	生年月日	
		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 寒川町	年 月 日	
使 用 者	ふりがな 氏 名	住 所	生年月日	
		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 寒川町	年 月 日	
購 入 金 額		円		
ポ イ ン ト 付 与 先	さむかわPay	アカウントナンバー(16桁)		
		— — —		
添付資料	<input type="checkbox"/> 申請者の身分証の写し（運転免許証、保険証、マイナンバーカード等） <input type="checkbox"/> 使用者の身分証の写し（運転免許証、保険証、マイナンバーカード等） <input type="checkbox"/> ヘルメットを購入したことが証明できる書類の写し（領収書、支払済証明書等） <input type="checkbox"/> 認証マークが貼付されている取扱説明書等の写し			