

NO, _____

令和 年 月 日

自転車ヘルメット購入費助成申請書

高知県教育長 様

令和6年度高知県自転車ヘルメット着用推進事業によるヘルメット購入に係る助成を受けたいので、助成券の交付を申請します。

年 組 児童生徒氏名 _____

保護者氏名 _____

学校記入欄（学校は以下のことを確認し、該当する場合に□へチェックを入れてください。）
 上記の申請があった児童生徒は、自転車通学（部活動での利用など学校長が認めたものを含む）が許可または許可見込みである。
 上記の申請があった児童生徒は、18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者である。

割り印

切り取り線

NO, _____

R6

自転車ヘルメット着用推進事業 助成券(助成限度額 2,000 円)

※有効期間: 令和 年 4 月 1 日から 令和 年 1 月 31 日

在学(入学予定)証明: 発行日 令和 年 月 日

学校名: _____ 学校代表者 学校長: _____

代表者
職 印

県教

購入者記載欄 (自筆)	販売店記載欄
(助成対象生徒氏名)	販売日 令和 年 月 日
	価格 (助成額含む) 円 (税込)
	販売店名

裏面

【留意事項】

- ・助成の対象となるヘルメットは、新品で安全基準を満たしたことを示す「マーク」(※)のあるものに限りま
す。
 (※) S G : 一般財団法人製品安全協会認証
 C E : 欧州標準化委員会
 J C F : 日本自転車競技連盟 など
- ・ヘルメットの販売額が2千円(消費税込)を下回る場合は、その額が助成額となります。
- ・ヘルメット以外の商品等の助成には使用できません。
- ・店舗によって、レジでの支払いやサービスカウンターでの支払いなど、手続きが異なる場合があります。助成
券を利用することをあらかじめ店側に伝え、その指示に従ってください。
- ・助成券の有効期間は、当該事業年度の4月1日又は発行日のいずれか遅い日から1月31日までとします。