

様式第3号（第4条関係）

年 月 日

三芳町ヘアドネーションカット実施認定申込書

（あて先）三芳町長

1. 申込者（頭髪寄付者本人自署欄）

- ・氏 名：
- ・フリガナ：
- ・生年月日： 年 月 日（現 歳）
- ・住 所：三芳町
- ・電話番号：

2. 保護者等（申込者が未成年の場合のみ記入してください）

- ・氏 名：
- ・フリガナ：
- ・続 柄：

3. 誓約及び同意書

私は、三芳町ヘアドネーション活動協力補助金交付要綱に基づき、事業の利用認定を申し込むにあたり、以下のすべての事項について誓約し、同意します。また、申請内容の確認のために町が住民基本台帳等を照会することに同意します。

【頭髪の基準の確認】

- ☐ 寄付する頭髪の長さが「最低31センチメートル以上」あること。
- ☐ カラー、パーマ、白髪、グレイヘア（白髪染め、ブリーチを含む）の髪でないこと。

【事業利用における同意】

- ☐ カット当日、活動協力店舗の判断により、上記基準を満たさないこと（傷みの激しい頭髪など）が判明した場合は、本事業の利用対象外（自己負担）となること。
- ☐ 補助の対象は、ヘアドネーションカット実費額とし、補助金額（上限6,000円）を超える場合には、超える金額が自己負担になること。
- ☐ カット後の仕上がりに関して、三芳町は一切関知しないこと。
- ☐ 活動協力店舗が実績報告（補助金交付申請）を行うため、カット後の髪の毛やレターパックの写真撮影等を行うこと。
- ☐ 寄付する頭髪の送付は、活動協力店舗から交付されるレターパックに必要事項を記入し、私自身（または保護者）がポストに投函すること。
- ☐ 活動協力店舗でのカットは 年3月31日を期限とし、認定証交付日から2ヶ月以内に実施すること。