美作市外国人材電動アシスト付自転車購入補助金承認申請書

令和　　年　　月　　日

 美　作　市　長 様

申請者　　郵便番号　　　　〒

所在地又は住所

　　　　　　　　　　　　 法人名・屋号

　**捨印**　　　　　　　 代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　 (個人事業主は職名不要)

(個人事業主のみ：生年月日 T・S・H　　　年　　　月　　　日)

美作市外国人材電動アシスト付自転車購入補助金交付規則第７条の規定により承認を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所の所在地 | 美作市　　　　　 |
| 本申請の担当者名 |  部署：　　　　　　　　氏名： | 日中連絡の取れる電話番号( ) － |
| 利用区分・台数 |  通勤用（　　台）　+　買い物用(　　台)　　＝　　合　計（　　　台） |
| 申請予定額【Ａ】 |  　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| （内　　　訳） | **自転車本体購入**（１台あたり**税抜き**　　　　　　　円）…①**自転車用ヘルメット購入**（１個あたり**税抜き**　　　　　　　円）…②①＋②＝（百円未満切捨て　　　　00円）×補助率1/2＝（　　　　　　　　　円※1）…③③×（　　　台）＝（申請予定額　　　　 　　　　円）…【Ａ】※1台当たりの上限額　60,000円※2　複数台購入する場合で、自転車本体購入価格の単価が異なる場合や自転車本体購入台数とヘルメット購入台数が異なる場合は、上記計算方法に準じた任意の計算様式を提出してください。 |

（添付書類）

□（１）電動自転車運転者名簿

□（２）通勤距離又は店舗までの距離がわかる書類

□（３）その他市長が必要と認める書類

□　運転者の在留カード両面の写し

□　事業所別被保険者台帳の写し

□　固定資産税納税通知書等の写し（自転車運転者の住居地から勤務先・買い物店舗までの距離が３㎞未満で、かつ、運転者の住所地が事業所の所有する寮等である場合、当該寮等が事業所の所有物件であることがわかる書類の写し）