令和　　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申請書

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９条の規定により、次のとおり申請します。

なお、同規則の規定に基づき行われること、及び下記「誓約・同意事項」に承諾します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  ( ) － | | | | | | |
| 承認通知年月日 | | 令和　　　年　　　月　　　日付、美作商工第　　　　　号 | | | | | | | | | | |
| 申請額等　【Ａ】 | | 円　（通勤用　　　台、買い物用　　　台） | | | | | | | | | | |
| （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）…②  ①＋②＝（百円未満切捨て　　　　00円）×補助率1/2＝（　　　　　　　　　円※1）…③  ③×（　　　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。 | | | | | | | | | | |
| 振込口座 | 銀行・金庫・組合・農協 | | 支店・出張所 | □普通  □当座 |  | |  |  |  |  |  |  |
| 口　座　名　義 | | フリガナ | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **【誓約・同意事項】** | ・電動アシスト付自転車を利用する外国人材に対して交通ルールを十分に説明し、徹底させたうえで、運転させます。  ・電動アシスト付自転車を利用する外国人材は、自転車損害賠償保険等に加入済みである、又は、当該自転車自体に自転車損害賠償保険等が付いているため、無保険ではありません。  ・この補助金の対象となる電動アシスト付自転車について防犯登録済みです。  ・反社会的勢力に該当せず、今後においても反社会的勢力と関係を持つ意思がないことを誓約します。 |

（添付書類）

□　電動自転車、ヘルメット購入代金の支払いを証明する書類（領収書等）の写し

□　電動自転車の製造メーカ保証書の写し

□　市税を滞納していないことを証する書類

□　振込口座のわかる書類（通帳の写し等）

□　その他市長が必要と認めた書類

□ ヘルメットの安全承認を確認することができる書類の写し

□ 自転車保険加入を確認することができる書類の写し

□　防犯登録証の写し