

寝屋川市公共交通利用促進補助事業費補助金交付申請書

No. _____

(宛て先) 寝屋川市長

寝屋川市公共交通利用促進補助事業費補助金交付要綱第8条の規定に基づき、次のとおり補助金の交付を申請します。また、交付決定後の請求権を、交通政策課長に委任します。

記入日：令和 年 月 日

申請者 (対象者)	氏名	(フリガナ)	生年月日	T・S・H・R 年 月 日 (歳)
	住所	〒572-寝屋川市	電話番号	日中連絡が取れる番号を記入してください 自宅 — — 携帯 — —
	区分 (該当欄に)	<input type="checkbox"/>	令和8年度の住民税が非課税の65歳～69歳の人 (身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けていない人)	
		<input type="checkbox"/>	70歳以上の人(身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けていない人)	
		<input type="checkbox"/>	身体障害者手帳 旅客運賃減額欄 第(1・2)種	※第1種、1級の方は、介護人の交通系ICカード番号も記入してください。 (介護人1名様分まで)
		<input type="checkbox"/>	療育手帳 旅客運賃減額欄 第(1・2)種	
	<input type="checkbox"/>	精神障害者保健福祉手帳 等級(1・2・3)級		
	<input checked="" type="checkbox"/>	妊娠中の人(妊娠期間中の利用のみ対象) (身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けていない人)		
	交通系ICカード番号			
	PiTaPaの場合 会員番号			
	※介護人ICカード 番号			

誓約書・同意書

✓チェック

次の1～8全ての項目を確認し、左の□に☑をしてください。

(署名)

- 令和8年7月1日時点で、寝屋川市の区域内に居住しています。
- 次の(1)及び(2)の書類の閲覧を行うことに同意します。
(1)申請者本人であることを確認できる書類
(2)身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳
- 市税に滞納がある場合は、補助金が交付されないことに同意します。
- 寝屋川市暴力団排除条例(平成25年寝屋川市条例第20号)第2条第3号に規定する暴力団員又は、同条第5号に規定する暴力団若しくは暴力団と密接な関係を有していません。
- 寝屋川市公共交通利用促進補助事業費補助金の交付要件の対象等を審査するため、税情報・住民基本台帳等の確認を行うことに同意します。
- この申請書は、寝屋川市において交付決定をした後は、寝屋川市公共交通利用促進補助事業費補助金の請求書として取り扱われることに同意します。
- 申請書を提出した後、申請書に不備があり、不備を是正しなかった場合は、補助金が交付されないことに同意します。
- 寝屋川市公共交通利用促進補助事業費補助金の交付後、申請内容に虚偽が判明した場合や、交付要件に該当しないことが判明した場合には補助金を返還することを了承します。

以下は市記入欄(記入しないでください)

対象者	書類確認日(処理者)	利用額	本・郵・S・香 東・西・萱 連番
<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 1種,1級 <input type="checkbox"/> 2種,2.3級 <input type="checkbox"/> 妊婦	/ ()	円	
	受付日・データ入力日(処理者)	交付金額	
	/ ()	円	
備考欄			

通帳写し貼付け欄

ここに**通帳の見開き全体**
(口座名義、金融機関名、支店名、口座種別、口座番号がわかる部分)
の写しを貼ってください。

利用明細貼付け欄

ここに**利用明細（原本）**を貼ってください。

令和8年2月28日～令和9年2月26日までに利用した
交通系ICカードの利用明細を貼付け

補助金額	
<ul style="list-style-type: none">・令和8年度の住民税が非課税の65歳～69歳の人 (身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けていない人)・70歳以上の人 (身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けていない人)・妊娠中の人(妊娠期間中の利用のみ対象) (身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けていない人)	上限4,500円
<ul style="list-style-type: none">・身体障害者手帳、療育手帳 第1種・精神障害者保健福祉手帳 1級	上限4,680円 ※介護人の利用履歴も貼ってください
<ul style="list-style-type: none">・身体障害者手帳、療育手帳 第2種・精神障害者保健福祉手帳 2・3級	上限2,340円

母子健康手帳写し貼付け欄

ここに、
表紙と保護者・出生届出済証明（1ページ）
の写しを貼ってください。

※ 郵送で申請する場合、申請書に必要事項を記入し、利用履歴及び通帳等の写しを貼って、下記の宛先に郵送してください。※令和9年2月26日当日消印有効（郵便切手をお貼りください。）

〒572-8555 寝屋川市本町1番1号 都市管理部交通政策課 公共交通担当 宛