

※申請書の受付は令和7年7月1日からです。
6月30日以前の申請書は受領できません。

※各シティーステーションでは申請できません。

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

記入例

(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。

申請日：令和 年 月 日

申請される日を必ず記入

氏名	(フリガナ) ○ ○ ○ ○	生年月日	T・S・H・R ○○年 ○○月○○日 (○○歳)
	〒572-○○○○ 寝屋川市 ○○ ○○番 ○○号	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 000-000-0000 携帯 000-0000-0000
申請者(対象者)	<input type="checkbox"/>	令和7年度の住民税が非課税の65歳~69歳の人	※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"/>	70歳以上の人	
	<input type="checkbox"/>	身体障害者手帳 旅客運賃減額欄 第(1・2)種	
	<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 type="checkbox"/>	妊娠中の人(妊娠期間中の利用のみ対象)		
交通系ICカード番号	17ケタの番号を記入		
PiTaPaの場合 会員番号	PiTaPaカードの場合、会員番号16ケタの番号を記入		
※介護人ICカード番号			

左記区分チェック後、該当する項目に○を記入

該当する内容を確認していただき、□の中に✓を記入

PiTaPaカードの場合、両方記入

スルッとKANSAI特別割引ICカードの場合、16ケタ左ツメで記入

誓約書・同意書

チェック 下の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7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
- 市税を滞納していません。
- 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、令和8年3月31日までに不備を是正し、再提出しなかった場合は、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。

申請者名を記入

1から8全ての内容を確認していただき、□の中に✓を記入して下さい。

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)	住基確認日(処理者)	交付決定日(処理者)	利用額
<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 高齢者	/ ()	/ ()	/ ()	円
<input type="checkbox"/> 1種、1級 <input type="checkbox"/> 2種、2.3級 <input type="checkbox"/> 妊婦	データ入力日(処理者)	市税確認日(処理者)	連絡等(処理者)	交付金額
	/ ()	/ ()	/ ()	円
備考欄			受付日	連番

※申請書の受付は令和7年7月1日からです。
6月30日以前の申請書は受領できません。

※各シティーステーションでは申請できません。

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。

利用明細等貼付け欄

ここに**利用明細等(原本)**を貼ってください

令和7年4月1日～令和8年2月27日までに利用した
交通系ICカードの利用明細等を貼付け

補助金額	
・令和7年度の住民税が非課税の65歳～69歳の人 ・70歳以上の人 ・妊娠中の人(妊娠期間中の利用のみ対象)	上限4,500円
・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 ※介護人の利用履歴等も貼ってください
・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8年2月27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