

様式第2（第5条関係）

この証明書の作成日を記入してください。

令和〇年〇〇月〇〇日

販売店の所在地、名称及び代表者名を記入し、押印してください。

販売店
所在地 ○○○○○○○○○○○
名 称 ○○○○○○○○○○○
代表者 ○ ○ ○ ○ (印)

自転車乗車用ヘルメット販売証明書

新城市自転車乗車用ヘルメット着用促進事業費補助金の対象となる本店が販売した自転車乗車用ヘルメットは、次のとおりであることを証明します。

1 購入者氏名

新城次郎

1～5の各項目を記入してください。

2 販売日

令和〇年〇〇月〇〇日

3 メーカー

○○○○○○○○○○○○

4 品名又は品番

○○○○○○○○○○○○

5 安全基準

SG・JCF・CE（EN1078）・GS・CPSC・その他（ ）

※ CEマークは、CE（EN1078）のみが対象です。

6 販売額（税込み。ポイント等で支払われた額は除くこと。）

5,500 円

担当者 ○ ○ ○ ○
連絡先 0536-〇〇-〇〇〇〇

販売店の担当者の氏名と販売店の電話番号を記入してください。

※ 担当者の方へ市から問い合わせをする場合があります。