

令和〇年〇月〇日

販売店

所在地 新城市字東入船115

名称 株式会社 新城自転車

代表者名 代表取締役 新城花子 ㊞

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 太郎

2 販売日

令和〇年〇月〇日

3 メーカー

〇〇〇

4 品名又は品番

1234-〇〇

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 新城 花子

連絡先 0536-23-1111

※ 担当者の方へ市から問い合わせをする場合があります。

販売証明書は、販売ヘルメット1個につき、1枚記載して下さい。  
ヘルメットを着用する者が2名いる場合は、2枚作成することになります。