

貨物自動車運送事業者支援金給付要綱

（目的）

第1条 この要綱は、物価高騰の影響を大きく受けている貨物自動車運送事業者の事業継続を後押しすることにより、本市の経済を支えている物流体制の維持を図るため、貨物自動車運送事業者支援金（以下「支援金」という。）を給付することについて、必要な事項を定めるものとする。

（給付対象者）

第2条 この要綱により、支援金の給付を受けることができる事業者は、次の各号の要件を全て満たすものとする。

- （1）旭川市内に本店又は営業所を有する事業者（個人事業主を含む。）
- （2）資本金の額又は出資の総額が3億円以下の会社並びに常時使用する従業員の数が300人以下の会社及び個人
- （3）令和7年1月31日以前から貨物自動車運送事業法（平成元年法律第83号）で定める、一般貨物自動車運送事業、特定貨物自動車運送事業又は貨物軽自動車運送事業のいずれかを営業しており、今後も事業継続の意思がある事業者（個人事業主を含む。）
- （4）申請者、役員又は使用人その他の従業員若しくは構成員等が旭川市暴力団排除条例（平成26年条例第16号）第2条第1号及び第2号に規定する暴力団及び暴力団員若しくは同条例第7条に規定する暴力団関係事業者にあたる者でないこと。

（支援金の額）

第3条 支援金の給付額は、別表1のとおりとし、予算の範囲内において市長が定めるものとする。

（申請方法）

第4条 支援金の給付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、市長の定める期日までに、貨物自動車運送事業者支援金申請書（様式第1号）に別表2に掲げる書類を添えて、市長に提出しなければならない。

（給付又は不給付の決定）

- 第5条 市長は、前条の申請があった場合には、その内容を審査し、給付の決定をしたときは、貨物自動車運送事業者支援金給付決定通知書（様式第2号）により申請者に通知し、速やかに支援金を給付するものとする。
- 2 市長は、前項の審査により不給付を決定したときは、貨物自動車運送事業者支援金不給付決定通知書（様式第3号）により、その理由を示し申請者に通知するものとする。

（給付決定の取消及び支援金の返還）

- 第6条 偽りその他不正な手段によって支援金の給付を受けた場合は、給付決定を取り消すものとする。
- 2 前項により給付決定を取り消したときは、貨物自動車運送事業者支援金給付決定取消通知書（様式第4号）により通知し、期限を定めてその返還を請求するものとする。

（委任）

第7条 この要綱に定めるもののほか、支援金の給付等に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

- 1 この要綱は、令和4年10月1日から施行する。
- 2 この要綱は、令和7年 2月3日から施行する。

別表 1 支援金の給付額（第 3 条関係）

	対象車両	給付額
貨物自動車運送事業	下表に該当する車両	1 事業者の上限額 1 0 0 万円
一般貨物自動車運送事業 及び 特定貨物自動車運送事業	申請者が旭川市内を使用の本拠の位置として使用する貨物自動車運送事業法における事業の用に供する自動車で、申請日時点において自動車検査証が有効であり、かつ自動車検査証における用途が乗用、貨物又は特種である普通自動車又は小型自動車のうち原動機を搭載している車両	対象車両 1 台につき 2 万円
貨物軽自動車運送事業	申請者が旭川市内を使用の本拠の位置として使用する貨物自動車運送事業法における事業の用に供する自動車で、申請日時点において自動車検査証が有効であり、かつ自動車検査証における用途が乗用、貨物又は特種である軽自動車のうち原動機を搭載している車両	対象車両 1 台につき 1 万円

別表 2 申請書の添付書類（第 4 条関係）

添付書類
(1) 対象車両の自動車検査証（表面）の写し なお、令和 5 年 1 月 4 日以降に発行された自動車検査証（電子化されたもの）においては、自動車検査証記録事項の写し (2) 本人確認書類の写し（個人事業主に限る） (3) 振込先口座の内容が分かるもの (4) その他市長が必要と認める書類

(様式第1号)

貨物自動車運送事業者支援金 申請書

給付要件を満たすため、誓約事項に同意の上、次のとおり支援金を申請します。

旭川市長 様

令和 年 月 日

申請者の情報	申請事業者名 (法人名・ 個人事業主名)	フリガナ															
		名称又は商号															
	本店所在地	〒															
	代表者職氏名																
	連絡先	日中繋がる電話番号					E-mail										
	担当者名 ※申請者と同じ 場合は不要	フリガナ					所属										
		氏名															
	生年月日 (個人事業主のみ)	(法人のみ)	法人番号														
		(個人事業主のみ)	生年月日		T・S・H・西暦 年 月 日												
	営業所名 1				営業所所在地 1												
営業所名 2				営業所所在地 2													

誓約事項																
1 申請書の記載内容に相違ありません。 2 令和7年(2025年)1月31日以前から貨物自動車運送事業を営業しており、今後も事業を継続する意思があります。また、旭川市が北海道運輸局に対し、貨物自動車運送事業に関する許可及び届出の状況を確認することについて同意します。 3 資本金の額又は出資の総額が3億円以下の会社並びに常時使用する従業員の数が300人以下の会社及び個人に該当します。 4 申請者(代表者)、役員又は使用人その他の従業員若しくは構成員等が旭川市暴力団排除条例(平成26年条例第16号)第2条第1号及び第2号に規定する暴力団及び暴力団員若しくは同条例第7条に規定する暴力団関係事業者ではありません。 5 申請書類に記載された情報は、公的機関(税務当局・警察等)の求めに応じて提供することに同意します。 6 本申請に係わる関係書類の提出等の依頼及び指導、申請内容等の詳細な聴取、場合によっては立入検査等の調査に応じます。 7 申請内容に虚偽やその他不正等が判明した場合は、支援金の返還に応じ、旭川市が事業者名を公表することに同意します。																

申請額 ※1事業者の上限額100万円									
一般貨物自動車運送事業 特定貨物自動車運送事業	対象車両		台	×	2万	=		上限適用	万円
貨物軽自動車運送事業	対象車両				1万			あり・なし	

振込先 口座	金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	店名	預金種目	口座番号(右詰めで記入)				
			本店 支店	普・当					
	口座名義人カナ								
	口座名義人 ※申請者と同じ								

※ゆうちょ銀行の場合は、「記号番号」を記入せず、「支店名」、「口座番号」をそれぞれの欄に御記入ください。

★添付書類の確認(必ずチェック(☑)してください) ※詳しくは「貨物自動車運送事業支援金 申請の手引き」を御確認ください。

チェック	項 目
☐	対象車両全ての自動車検査証(表面)又は自動車検査証記録事項の写し ※電子車検証が交付されている場合は、電子車検証の写しではなく自動車検査証記録事項の写しをご提出ください。 ※車両番号の小さい順に並べて提出
☐	申請者名義の振込口座通帳の写しやインターネットバンキングの口座情報画面のスクリーンショットなど ※金融機関名・支店名・口座種別・口座番号・口座名義人が確認できるもの
☐	【個人事業主のみ】本人確認書類(運転免許証など)の写し

旭川市 使用欄	受付 No.		対象車両	給付決定額	上限適用	確 認	申請可否	通知	給付日
			台	万円	万円				
			台	万円					

旭(記号)第 号
年 月 日

様

貨物自動車運送事業者支援金給付決定通知書

旭川市長

年 月 日付けで申請のあった貨物自動車運送事業者支援金について、次のとおり給付を決定したので、貨物自動車運送事業者支援金給付要綱第5条第1項の規定に基づき通知します。

1 給付決定者

住所	
氏名	

2 給付決定額

一般貨物自動車運送事業		台	円
特定貨物自動車運送事業			
貨物軽自動車運送事業		台	円
貨物自動車運送事業	上限適用 あり・なし		円

3 振込予定日

年 月 日 ()

※口座情報に誤りがある場合、給付が遅れることがあります。

4 その他

給付決定後であっても申請内容に虚偽が判明した場合又は申請要件に該当しないことが判明した場合は、給付金を返還いただきます。また、旭川市が事業者名を公表することがありますのであらかじめ御承知おきください。

旭(記号)第 号
年 月 日

様

貨物自動車運送事業者支援金不給付決定通知書

旭川市長

年 月 日付けで申請のあった貨物自動車運送事業者支援金について、次のとおり不給付を決定したので、貨物自動車運送事業者支援金給付要綱第5条第2項の規定に基づき通知します。

1 不給付決定者

住所	
氏名	

2 不給付決定理由

3 その他

旭(記号)第 号
年 月 日

様

貨物自動車運送事業者支援金給付決定取消通知書

旭川市長

年 月 日付け旭(記号)指令第 号で給付を決定した貨物自動車運送事業者支援金について、次のとおり給付の決定を取り消したので、貨物自動車運送事業者支援金給付要綱第6条第2項の規定に基づき通知します。

既に給付している支援金については、期日までに旭川市へ返還してください。

1 給付取消決定者情報

住所	
氏名	

2 給付済額

円（ 年 月 日支払済）

3 給付取消理由

4 返還期日

年 月 日（ ）

5 返還方法