

(公社) 全日本トラック協会 会長 殿

住所 愛知県名古屋市長区瑞穂区新開町 12 番 6 号

会社名 愛ト協運送株式会社

代表者名 愛知 太郎

会社印

※会社印 (丸印・角印の何れか)

血圧計導入促進助成金 交付申請書

標記助成金の交付について、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

また、申請に当たり、以下のことを誓約又は同意します。

- 助成対象となった機器導入後 6 年を経過するまでの期間は、予め愛知県トラック協会の了承を得た場合を除き、譲渡、交換、破棄、他用途への転用又は担保の用に供する等いかなる処分もありません。
- 申請直近の会費の納入が完了しています。
- 申請内容に虚偽及び不正はありません。申請後に虚偽及び不正が判明した場合、申請の取下げ、助成金の返還及び愛知県トラック協会が行う措置に対して異議等の申し立ては一切行いません。
- 愛知県トラック協会から本申請に関して報告を求められたときは、誠意をもって対応します。
- 今後、本申請に係る助成金立入調査の対象となった際、正当な理由がなく拒み、妨げ、又は忌避しないことを誓約します。
- 全日本トラック協会の助成金を申請するにあたり、当該申請機器の導入に対して国の補助金申請を行わない(行っていない)ことをお誓いします。

記

1. 申請内容

(公社) 全日本トラック協会	申請件数 1 件	申請金額 (※) 50,000 円
----------------	-------------	----------------------

(※) 捨印修正不可

2. 添付書類

- 血圧計導入内訳書 (様式 2)
- 請求書の写し ※型式、個数、単価等が明記
- 助成対象経費に係る支払いを証する書類 (領収書等の写し)
- 貨物自動車運送事業報告規則第二条に定める事業概況報告書 (第 1 号様式) の写し
- 入金口座登録書 (既に提出済みの場合は不要、登録内容が不明の場合は提出)

添付書類の注意事項を確認

3. 本申請の担当者名・連絡先

代理申請者は社名記入 <input type="checkbox"/> 会員事業者 <input checked="" type="checkbox"/> 代理申請者 △△株式会社	担当者名 中部 花子 Mail : ○○@△△.co.jp	TEL : 052-746-4863 FAX : 052-746-4860
--	---	--

(事務局使用欄)



(公社) 全日本トラック協会 会長 殿

住所

会社名

代表者名

印

※会社印 (丸印・角印の何れか)

血圧計導入促進助成金 交付申請書

標記助成金の交付について、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

また、申請に当たり、以下のことを誓約又は同意します。

- ・助成対象となった機器導入後 6 年を経過するまでの期間は、予め愛知県トラック協会の了承を得た場合を除き、譲渡、交換、破棄、他用途への転用又は担保の用に供する等いかなる処分もしません。
- ・申請直近の会費の納入が完了しています。
- ・申請内容に虚偽及び不正はありません。申請後に虚偽及び不正が判明した場合、申請の取下げ、助成金の返還及び愛知県トラック協会が行う措置に対して異議等の申し立ては一切行いません。
- ・愛知県トラック協会から本申請に関して報告を求められたときは、誠意をもって対応します。
- ・今後、本申請に係る助成金立入調査の対象となった際、正当な理由がなく拒み、妨げ、又は忌避しないことを誓約します。
- ・全日本トラック協会の助成金を申請するにあたり、当該申請機器の導入に対して国の補助金申請を行わない(行っていない)ことをお誓いします。

記

1. 申請内容

(公社) 全日本トラック協会	申請件数	申請金額 (※)
	件	円

(※) 捨印修正不可

2. 添付書類

- (1) 血圧計導入一覧 (様式 2)
- (2) 請求書の写し ※型式、個数、単価等が明記
- (3) 助成対象経費に係る支払いを証する書類 (領収書等の写し)
- (4) 貨物自動車運送事業報告規則第二条に定める事業概況報告書 (第 1 号様式) の写し
- (5) 入金口座登録書 (既に提出済みの場合は不要、登録内容が不明の場合は提出)

3. 本申請の担当者名・連絡先

代理申請者は社名記入 <input type="checkbox"/> 会員事業者 <input type="checkbox"/> 代理申請者	担当者名	TEL : — —
		FAX : — —
	Mail :	

血圧計導入一覧

・メーカー名及び型式は、対象機器一覧表のとおりに記載してください。

会社名	愛ト協運送株式会社
-----	------------------

機器単価(税抜)を記入
※機器装着費、ケーブル等は含まない

整理番号	支店・営業所名	メーカー名	型式	助成対象経費(税抜)	助成額
例	愛知営業所	(株)タニタ	BP-900	400,000	50,000
1	本社営業所	オムロンヘルスケア(株)	HBP-9030	200,000	50,000
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

血圧計導入一覧

・メーカー名及び型式は、対象機器一覧表のとおりに記載してください。

会社名

整理 番号	支店・営業所名	メーカー名	型式	助成対象経費（税抜）	助成額
例	愛知営業所	(株)タニタ	BP-900	400,000	50,000
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					