

捨印

年 月 日

会員番号

--	--	--	--	--	--	--	--

(必ず記入して下さい)

一般社団法人 神奈川県トラック協会
会 長 殿

住 所
事業者名
代表者名

会社印

血圧計導入促進助成金申請書

当社は、「血圧計導入促進助成金交付要綱」を遵守することを誓約し、所定申請期間内を以て、関係書類を添えて助成金の申請を致します。 ※当申請は令和9年2月26日必着までとする。

1. 助 成 金 額 金 円 (申請台数 台)

2. 確認事項 (該当することを確認し、にレ点をして下さい。該当しない場合、申請は不可)

当社は、中小企業庁の解釈による「中小企業」に該当し、国や他団体等から補助金の交付は受けていません。

3. 助成額の振込先

フリガナ		
①振込先	銀行・信金	支店
②預金種別/口座番号	普通・当座 (いずれかに○)	口座番号
フリガナ		
③口座名義人		

4. 連絡先(代理人名の記入不可)

連絡担当者	電話番号	
	FAX番号	

【添付書類】

- ① 事業報告書 (直近事業年度の資本金、従業員数の記載があるページ) の写し
- ② 機器の名称・型式等が記載された請求書及び領収書の写し

※機器の取得価格が自動点呼機器等の導入費用に含まれていて不明な場合は、本助成事業のために申請事業者より当該機器の販売会社へ、機器取得価格の分かる書類の発行を依頼すること。

書類審査後、後日交付決定通知をFAXにて送付します。