

捨印

一般社団法人 神奈川県トラック協会
会長 殿

年 月 日

会員番号

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

(必ず記入して下さい)

住 所
事業者名
代表者名

会社印

令和5年度安全機器等導入促進助成金申請書

当社は「安全機器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6年2月29日必着までとする。

1. 助成額合計 **金 円**

2. 助成内訳 ↓ 全ト協助成を申請する場合は誓約書(指定様式)が必要

機器種類	台数	全ト協助成額	神ト協助成額	備考
①ドライブレバー装置	台	全ト協助成なし	円	
②EMS装置	台	全ト協助成なし	円	
③バックアイ装置	全ト協助成 台 神ト協助成 台	円	円	
④サイドビュー装置	全ト協助成 台 神ト協助成 台	円	円	・車両総重量7.5t以上の車両が対象 ・左側方装着のみ助成
⑤バックセンサー装置	台	全ト協助成なし	円	
⑥IT点呼に使用する 携帯型アルコール検知器	全ト協助成 台 神ト協助成 台	円	円	・Gマーク取得事業所が対象
⑦アルコールインターロック装置	全ト協助成 台 神ト協助成 台	円	円	
⑧トルク・レンチ	全ト協助成 台 神ト協助成 台	円	円	・車両総重量8t以上の事業用 トラックを管理する営業所が対象

※注意：③・④・⑥・⑦・⑧の機器については、1台あたり全ト協助成と神ト協助成の両方を申請することはできません。
 導入期間が令和5年3月1日～令和5年3月31日の場合は神ト協助成のみ、
 導入期間が令和5年4月1日～令和6年2月29日の場合は全ト協助成のみとなります

3. 助成額の振込先

フリガナ		
① 振込先	銀行・信金 (いずれかに○)	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】安全機器等助成チェックシートのとおり(全てA4で添付すること)

書類審査後、後日交付決定通知をFAXにて送付します。