

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	全ト協成額	神ト協成額	備考
①ドライブレター装置	台	全ト協成なし	円	
②EMS装置	台	全ト協成なし	円	
③バックアイ装置	全ト協成 台 神ト協成 台	円	円	
④サイドビュー装置	全ト協成 台 神ト協成 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	全ト協成 台 神ト協成 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	全ト協成 台 神ト協成 台	円	円	
⑧トルク・レンチ	全ト協成 台 神ト協成 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台あたり全ト協成と神ト協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。