様式１　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

令和　　年　　月　　日

公益社団法人 鹿児島県トラック協会長　殿

所 在 地

会 社 名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

メールアドレス

**点呼支援機器導入促進助成事業実績報告書**

**（助成金交付請求書）**

点呼支援機器導入促進助成金交付要綱第７条に基づき下記のとおり申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| **助成金請求額** | **円** |

１．導入機器内訳書　　別紙のとおり

２．振込先口座

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行・信用金庫農協・(　　　　) 　 　 　  | 支店 |
| 預金種別 | 普通 ・ 当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義 |  |

**３．添付書類**

（１）内訳書（様式１の１）

（２）社会保険等への加入に係る誓約書（様式３）

（３）中小企業者である確認書類（事業報告書の直近事業年度分の資本金、従業員数

　　　の記載のあるページの写し）

（４）サービス利用申込書（写）

（５）支払いを証明する領収書（写）

　（６）その他当協会が必要と定めるもの

様式１の１

**点呼支援機器導入 内訳書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 点呼支援機器等 | 機器名 |  |
| 管理ＮＯ(※１) | ＮＯ． |
| サービス利用開始日 | ２０　　年　　　月　　　日 |
| 取 扱 店 |  |
| 導入費用 | 　　　　　　　　　　　　円 |
| 導入台数 | １台 |
| 助成金申請額 | 　　　　　　　　　　　　円 |

※１ サービス利用申込書に記載された管理ＮＯを記載すること

様式３　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

公益社団法人鹿児島県トラック協会長　 殿

住　　所

事業者名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

**誓　　約　　書**

　弊社は、点呼支援機器導入促進助成金交付請求書（実施報告書）の申請に対し、社会保険等については、適正に手続き加入していることを誓約いたします。

　なお、助成金受領後に点呼支援機器導入促進助成金交付要綱第１０条に反していることが判明した場合、速やかに助成金を返還いたします。

参考書式1

**誓　　約　　書**

　弊社は、機器の導入に対して国及び地方自治体の補助金交付申請を行わない（行っていない）ことを、誓約いたします。