



年 月 日

令和7年度 血圧計導入促進助成実績報告書
(助成金交付申請書)

一般社団法人千葉県トラック協会 会長 殿

所 在 地

事 業 者 名

代 表 者 名

代表者
印

血圧計を導入しましたので、助成金の支払いについて、下記のとおり申請します。

記

合計助成請求額 , 円 () 台

【振込先口座】

(フリガナ)

(フリガナ)

銀 行 名

支 店 名

支店コード

預金種目

普 通 ・ 当 座

(いずれかに○)

口座番号

(右づめ)

口座名義(カタカナ)

※上記指定口座に、振り込み依頼人名「チトラ/ケツアツケイ」で振込致します。

【申請者連絡先】

(会社名)

(担当者名)

(TEL)

(FAX)

千ト協受付印欄

☒ 【添付書類A4サイズ】

☐ ア. 導入機器一覧表

☐ イ. 事業報告書の直近事業年度分の資本金、
従業員数の記載(事業概況報告書)があるページのコピー

☐ ウ. 購入の場合…機器単価が記載された請求書等のコピー
領収書・インターネットバンキングの振込結果(確定済・承認済等)のコピー

☐ エ. 割賦の場合…機器単価が記載された見積書のコピー
割賦販売契約書のコピー

導 入 機 器 一 覽 表

(助成名) 血压計導入促進助成

NO	導 入 営 業 所	メ ー カ ー 名	機 器 名	機 器 導 入 年 月 R7 年 4 月 ～ R8 年 1 月 に 限 る	機 器 導 入 費 用 (消費税等除く)	助 成 金 額
1				R 年 月	円	円
2				R 年 月	円	円
3				R 年 月	円	円
4				R 年 月	円	円
5				R 年 月	円	円
6				R 年 月	円	円
7				R 年 月	円	円
8				R 年 月	円	円
9				R 年 月	円	円
10				R 年 月	円	円
合 計						円

※助成金額は機器の本体価格（消費税を除く）の1/2とし、上限5万円（小数点以下切捨て）