

自動点呼支援機器・DX導入促進助成事業 助成申請書

千葉県トラック協会会長 殿

申請年月日		20 年 月 日									
事業者名											
支店名・営業所名											
会社所在地		〒 ー									
電話・FAX番号		電話 ()					FAX ()				
申請責任者		役職 氏名									
安全性優良事業所(Gマーク) ※該当する場合は、認定証番号を記入											
自動点呼機器	機器の名称	○メーカー名: ○機器名称:									
	(※)管理NO (シリアルナンバー)										
	契約日もしくは利用開始日 R7年4月～R8年1月に限る	20 年 月 日									
取扱店											
導入費用		円(消費税除く)									
助成金申請額		円									
振込先 金融機関		金融機関名	銀行								支店
		ふりがな 口座名義									
		口座番号	普通	・	当座						
添付書類		1. 取扱店に支払った導入費用の領収証の写し 2. 契約書もしくはサービス利用申込書等の写し 3. 管理NO(シリアルナンバー)が記載された書類の写し (2. に記載されている場合は、不要) 4. 国土交通省に届出をして受理された「自動点呼の届出実施にかかる届出書」の写し(受付印を確認) 5. 事業報告書の直近事業年度分の資本金、従業員数の記載がある頁の写し 6. Gマーク事業所は、有効期間内の認定証の写し									

※契約書もしくはサービス利用申込書等に記載された管理NO(シリアルナンバー)を記載すること。