

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		
機器導入営業所名		
機器導入所在地	〒 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 R8年4月～R9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コピー 2. 契約書もしくはサービス利用申込書等のコピー 3. 管理NO(シリアルナンバー)が記載された書類のコピー (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「自動点呼の実施に係る届出書」 のコピー(受付印のあるもの) 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 ページのコピー 6. Gマーク事業所は、有効期間内の認定証のコピー	

※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。