様式１　（第４条関係）

 令和　　 年　 　月　　　日

**トルク・レンチ導入促進助成事業実績報告書**

（助成金交付請求書）

公益社団法人大分県トラック協会長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　　　所

 （申請者）会　　社　　名

 　　　　　支店・営業所名　　　　　　　　　　　　　㊞

 　　　　　代　表　者　名

 　　　　 ＴＥＬ　　　　　　　　　　担当者名

標記について、下記トルク・レンチを導入したので、必要書類を添え申請します。

記

**（１）助成金額　　　￥**　消費税を除く購入価格の1/2　上限3万円

**（２）明　　細**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **メーカー名** | **購入金額** | **導入年月** |
|  |  | 年　　月 |

**（３）振込先口座**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金 融 機 関 名 | 支　店　名 | 預金種目 | 口座番号 | 口　座　名　義 |
|  |  |  |  |  |

　銀行名：　　　　　　　 　　支店名 ：



ご不明な点は、協会事務局までお問い合わせください。（TEL 097-558-6311）

様式１

令和　　年　　月　　日

公益社団法人大分県トラック協会長　殿

 　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

誓　約　書

 弊社は、下記装置の導入に対して国の補助金交付申請を行わない（行っていない）ことを、ここにお誓い致します。

記

　　１．装置名

 ２．メーカー名