

内訳数をご記入ください

EMS (デジタルタコグラフ)	台	サイドカメラ	台
ドライブレコーダ (運行管理連携型)	台	衝突防止センサー	台
バックアイカメラ	台		

(様式1)

年 月 日

作成日を記載

事故防止機器装着証明書

当社(当店)は、(会社名) _____
証明します。

申請組合員名 _____

に対し、本紙記載の登録番号車両に下記の事故防止機器を装着したことを

整理 番号	装着車両の登録番号	購入機器			対象機器本体費用 (税込) <small>※装着費用、ソフト、付属品は含まず</small>	装着年月日
		メーカー名	機器名	型式		
例	<small>書き間違いに注意</small> 名古屋〇〇〇あ〇〇〇〇	<small>メーカー名を記載</small> 〇〇〇〇〇〇	<small>機器名を記載</small> EMS	<small>型式を記載</small> 〇〇〇〇〇〇	<small>請求書にある機器の単価(税込)を記載</small> 〇〇〇〇〇〇円	〇年 〇月 〇日
2						年 月 日
3						年 月 日
4						年 月 日
5						年 月 日
6						年 月 日
7						年 月 日
8						年 月 日
9						年 月 日
10						年 月 日

注意事項

- ・メーカー名および型式 トラック協会対象機器一覧の通り記載してください。
- ・対象機器本体費用 装着費用及びソフト代は含まれません。対象機器本体(税込)のみ記載してください。
- ・装着年月日 装着日が対象の導入期間外の場合、補助対象となりませんので、ご注意ください。

※装着業者が複数の場合は各業者より取付してください。
※本通は必ず原本を提出してください。

装着した業者の
社印を押印して
ください。

住所 _____

会社名 _____

代表者名 _____

対象機器を装着した業者

印