

一般社団法人 栃木県トラック協会長 殿

氏名又は名称

住 所

代表者氏名



令和6年度血圧計導入促進助成金交付請求書

令和6年度血圧計導入促進助成金交付要綱第6条の規程に基づき、関係書類を添えて助成金の支払い請求をします。

記

1. 助成金請求額

円

国の助成申請
(予定含む)

2. 申請明細

	設置営業所	メーカー	機器名称	型式	種別	取得価格 (税抜き)	助成金額
例	本社営業所	オムロンヘルスケア(株)	自動血圧計健太郎	HBP-9020-JP	全ト協認定機器	200,000	50,000
1							
2							
3							
4							
5							
						助成金額合計	

* 全ト協認定機器の場合：取得価格の1/2(千円未満切捨)・上限5万円/機

* その他の機器の場合：取得価格の1/2(千円未満切捨)・上限1万円/機・1事業者あたり5台まで

* 取得価格は、血圧計本体価格(税抜き)であり、プリンタ用紙などオプション品や連携ソフト等の価格は含まない。

3. 添付書類

① 請求書(写)

② 領収証(写)

※割賦の場合は①②に換えて契約書(写)

③ 医療機器認証番号の記載のある書面(ページ)(写)

④ 直近の事業報告書(写) ※全ト協認定機器のみ添付する。

4. 振込先

金融機関		本・支店名	
口座種別		口座番号	
フリガナ			
口座名義			

担当： _____

TEL: _____

FAX: _____