

河北町長 様

販売店
郵便番号
住 所
名 称
代表者又は店長（営業所長）名

電話番号

後付け安全運転支援装置設置証明書

下記のとおり後付け安全運転支援装置を販売（設置）したことを証明します。

記

| | | |
|----------------------------------|-------|---|
| 安全運転支援装置の名称 | | |
| 設 置 年 月 日 | 年 月 日 | |
| 安全運転支援装置 （該当する装置にチェックしてください。） | A | <input type="checkbox"/> 障害物検知機能付き ペダル踏み間違い急発進抑制装置 |
| | B | <input type="checkbox"/> 障害物検知機能なし ペダル踏み間違い急発進抑制装置 |
| 補助対象経費 （購入及び設置に要する費用） | 金 | 円 |

（販売担当者）

| | | | | |
|-----|--|------|-----|---|
| 氏 名 | | 電話番号 | () | — |
|-----|--|------|-----|---|

※販売担当者は、補助金手続に関する問合せ等に対応できる方としてください。