

# 【EMS・DR 別紙1 記載例】

※ 各記入事項をもれなく記入してください。  
また、11台以上申請の場合、2枚目について上部に申請事業者実印の押印、右下の装置取付確認証明にもそれぞれ記入・押印してください。

補助金額(1台につき)  
○EMS車載器：東ト協のみ**10,000円**  
○DR車載器  
＜国の補助を受けていない場合＞＝全ト協のみ  
標準型：**10,000円**  
運行管理連携型：**20,000円**  
＜国の補助を受けた場合＞＝東ト協のみ  
標準型・運行管理連携型ともに**10,000円**

国の補助制度を利用している場合は“有”に○印。  
利用していない場合は“無”に○印。

機器を取り付けた事業者が必要事項を記入し、  
**取付事業者の社印**を押印してください。  
※記入洩れ等がある場合受付られません。

捨印は申請事業者の実印を押印してください。

どちらかに○印。

上限台数：  
1事業者、機器 15台まで  
(EMS・DR車載器合計)

別紙1  
【EMS・DR】用車載器導入 車両別請求内訳  
※どちらか片方に○

会社名 **〇〇運送 株式会社**  
営業所・支店名 **本社営業所**

| No. | 国の補助制度利用有無(注)  | 機器内容    |       |         |        | トラック協会請求金額(円) | 装着車両内容        |                  |            |          |
|-----|--|---------|-------|---------|--------|---------------|---------------|------------------|------------|----------|
|     |  | 東ト協指定番号 | メーカー名 | 機器名     | 機器型式   |               | 本体価格(税抜き)     | 車両型式(PK-, BDG-等) | 登録番号       | 装着日      |
| 1   | 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> | U00A    | AB株   | デジタコ付DR | DER-〇〇 | 100,000       | 20,000        | PK-              | 品川100あ□□□□ | 28年6月 4日 |
| 2   | 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> | U00A    | AB株   | デジタコ付DR | DER-〇〇 | 100,000       | 20,000        | BDG-             | 品川800あ■□■□ | 28年6月 4日 |
| 3   | 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> | U00A    | AB株   | デジタコ付DR | DER-〇〇 | 100,000       | 10,000        | PKG-             | 品川100あ〇〇〇〇 | 28年6月26日 |
| 4   | 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> | U00A    | AB株   | デジタコ付DR | DER-〇〇 | 100,000       | 10,000        | LKG-             | 品川800あ〇●●● | 28年6月26日 |
| 5   | 有・無  |         |       |         |        |               |               | -                |            | 年 月 日    |
| 6   | 有  |         |       |         |        |               |               | -                |            | 年 月 日    |
| 7   | 有  |         |       |         |        |               |               | -                |            | 年 月 日    |
| 8   | 有・無  |         |       |         |        |               |               | -                |            | 年 月 日    |
| 9   | 有・無  |         |       |         |        |               |               | -                |            | 年 月 日    |
| 10  | 有・無  |         |       |         |        |               |               | -                |            | 年 月 日    |
| 計   |  |         |       |         |        |               | <b>60,000</b> |                  |            |          |

【別表】平成28年度東ト協 EMSまたはDR対象機器一覧表を参照。

請求明細書に記載されている金額(税抜き)単価をそれぞれ記入。

補助金合計額を記入。(【様式1】1. 請求金額と同じ額)

◎11台以上申請する場合、本紙をコピーして記入し、最後に請求金額合計を記入してください(申請台数はEMS・DR用車載器合わせて1社15台まで)。

注)DRについて、  
国の補助“有”の場合、東ト協のみ。  
国の補助“無”の場合、全ト協のみ。

| 装置取付確認証明   |   |
|--|---|
| 下記の事項について証明いたします。  | 装着事業者記入欄  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>当該車両へ相違なく取付完了されていること。</li> <li>機器費用等の費用に相違ないこと。</li> <li>機器が正常動作位置に取付されたこと。</li> <li>不正な改造を行っていないこと。</li> <li>平成28年4月以降に取付されたこと。</li> </ul> | 装着完了日 <b>平成28年6月26日</b><br>取付事業者名 <b>株式会社 ABCD</b><br>電話番号 <b>〇〇-XXXX-△△△△</b><br>取付責任者名 <b>東京 太郎</b> |

