

# 【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  
○EMS車載器・DR車載器ともに  
1台につき**10,000円**(定額)

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<br>制度利用<br>有無(注) | 機 器 内 容                          |         |         |        |               | トラック協会<br>請求金額(円)                  | 装着車両内容               |            |         |
|-----|-----------------------|----------------------------------|---------|---------|--------|---------------|------------------------------------|----------------------|------------|---------|
|     |                       | 東ト協<br>指定番号                      | メーカー名   | 機器名     | 機器型式   | 本体価格<br>(税抜き) |                                    | 車両型式<br>(PK-, BDG-等) | 登録番号       | 装着日     |
| 1   | 有・無                   | U●▲                              | A B (株) | デジタコ付DR | DER-○○ | 100,000       | 10,000                             | PK-                  | 品川100あ□□□□ | 元年6月 4日 |
| 2   | 有・無                   | U●▲                              | A B (株) | デジタコ付DR | DER-○○ | 100,000       | 10,000                             | BDG-                 | 品川800あ■□■□ | 元年6月 4日 |
| 3   | 有・無                   | U●▲                              | A B (株) | デジタコ付DR | DER-○○ | 100,000       | 10,000                             | PKG-                 | 品川100あ○○○○ | 元年6月26日 |
| 4   | 有・無                   | U●▲                              | A B (株) | デジタコ付DR | DER-○○ | 100,000       | 10,000                             | LKG-                 | 品川800あ○●○● | 元年6月26日 |
| 5   | 有・無                   |                                  |         |         |        |               |                                    | —                    |            | 年 月 日   |
| 6   | 有・無                   | 【別表】平成31年度EMSまたはDR対象<br>機器一覧を参照。 |         |         |        |               | 請求明細書に記載されている金額(税抜き)<br>単価をそれぞれ記入。 |                      |            | 年 月 日   |
| 7   | 有・無                   |                                  |         |         |        |               |                                    |                      |            | 年 月 日   |
| 8   | 有・無                   |                                  |         |         |        |               |                                    | —                    |            | 年 月 日   |
| 9   | 有・無                   |                                  |         |         |        |               | 補助金合計額を記入。(【様式1】1. 請求金額と同じ額)       |                      |            | 年 月 日   |
| 10  | 有・無                   |                                  |         |         |        |               |                                    |                      |            | 年 月 日   |
| 計   |                       |                                  |         |         |        |               | 40,000                             | —                    |            |         |

◎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、東ト協分のみ。

装 置 取 付 確 認 証 明

下記の事項について証明いたします。

- ・当該車両に相違なく取付完了されていること。
- ・機器費用等の費用に相違ないこと。
- ・機器が正常動作位置に取付されたこと。
- ・不正な改造を行っていないこと。
- ・平成31年4月以降に取付されたこと。

装着事業者記入欄

装着完了日

令和元年6月26日

取付事業者名

株式会社 ABCD

社  
印

電話番号

〇〇-XXXX-△△△△

取付責任者名

東京 太郎