

年度川崎市福祉製品導入促進補助金交付申請書

年 月 日

(宛先) 川 崎 市 長

所 在 地

(ふりがな)

企 業 名

(ふりがな)

代表者職・氏名

[担当者]

(ふりがな)

所 属 ・ 役 職

(ふりがな)

氏 名

TEL

E-mail

年度において、川崎市福祉製品導入促進補助金に係る次の補助事業を実施したいので、補助金交付要綱第8条第1項の規定により、次のとおり申請します。

1 補 助 対 象 事 業 名	
2 福祉製品等導入事業所名及び住所 (複数の場合主たる事業所)	
3 事 業 経 費	円 (別紙2のCと同額)
4 補 助 対 象 経 費 (※事業経費から補助対象外経費を除いたもの)	円 (別紙2のBと同額)
5 補 助 申 請 額 (※補助対象経費額×補助率：補助限度額を上限)	千 円 (※千円未満切り捨て)
6 製 品 導 入 時 期	
7 事 業 計 画	別紙のとおり

年度川崎市福祉製品導入促進補助金（事業計画）

1 法人概要

法 人 名	
代表者職・氏名	
本店所在地	〒 電話/FAX
設立年月日	年 月 日
資本金(千円)	千円
事業内容	(業種・業務内容等)

2 事業計画

福祉製品等の 名称・導入実績有無 (事業で複数ある場合 は希望順位)	
導入場所	
試用・試用に代わる説明 を受けた日	
導入目的 (期待する効果)・ 想定する利用場面	
購入先(予定) 並びに 工事業者名又は システム導入業者名	

※必要に応じて、図面・カタログ等、事業内容を説明する資料を添付してください。

3 事業経費

(1) 導入福祉製品等の名称等

(単位：円)

福 祉 製 品 名	単 価 (税 抜)	金 額 (税 込)
合 計		A

(2) 補助対象経費の内訳

(単位：円)

区 分	①補助対象経費 (税抜)	②補助対象外経費	③事業経費 (税込)
福 祉 製 品 等			A
設 置 工 事 費 ・ 初 期 設 定 費 等			
そ の 他 経 費			
合 計	B		C

※①補助対象経費＝③事業経費－②補助対象外経費 (消費税等)