

販売店ご担当者様にご記入ください

様式第2 (第6条関係)

安全運転支援装置販売・設置証明書

年 月 日

新城市長

事業者

所在地

名称

代表者又は

店長(営業所長)名

印

次のとおり安全運転支援装置の販売及び設置を証明します。

設置した車の使用者	住所 氏名		
設置した車に関する情報	車名 _____ 登録番号 _____ (車両番号)		
安全運転支援装置 ※分類には、該当する装置にチェックしてください。	商品名		
	分類	<input type="checkbox"/> 障害物検知機能付き急発進等抑制装置等 <input type="checkbox"/> 急発進等抑制装置等(障害物検知機能なし)	
装置本体又は設置に要する費用 (税込) ※装置の設置に係る費用のみ記載してください。	本体価格	円	補助対象経費金額(A)  円
	部品価格	円	
	設置費用	円	
補助対象外経費(B)	円	領収金額(A) + (B)	
設置年月日	年 月 日	円 ※高齢者の方が実際に支払った額	

販売担当者

氏名		電話番号	
----	--	------	--

※販売担当者の方へ市から問合せをする場合があります。