

自動点呼機器・DX導入促進助成 申請書

(公社)奈良県トラック協会会長 殿

申請年月日		2025年 月 日									
事業者名											
機器導入支店・営業所名											
機器導入所在地		〒 ー									
電話・FAX番号		電話 ()					FAX ()				
申請責任者		役職 氏名									
安全性優良事業所(Gマーク) ※該当する場合は、認定証番号を記入											
自動点呼機器	機器の名称	○メーカー名: ○機器名称:									
	(※)管理NO (シリアルナンバー)										
	契約日もしくは利用開始日	2025年 月 日									
取扱店											
導入費用(消費税除く)		円									
助成金申請額		円									
振込先 金融機関		金融機関名	銀行 支店								
		ふりがな 口座名義									
		口座番号	普通・当座								
添付書類		1. 取扱店に支払った導入費用の領収証の写し 2. 契約書もしくはサービス利用申込書等の写し 3. 管理NO(シリアルナンバー)が記載された書類の写し (2.に記載されている場合は、不要) 4. 国土交通省に届出をして受理された「業務後自動点呼の実施にかかる届出書」の写し(受付日:令和8年1月30日迄) 5. Gマーク事業所は、有効期間内の認定証の写し									

※契約書もしくはサービス利用申込書等に記載された管理NO(シリアルナンバー)を記載すること。