安全運転支援装置搭載証明書

令和　　年　　月　　日

　　新　得　町　長　様

（販売店等）住　　所

事業所名

代表者名　　　　　　　　　　　印

電話番号

（担当者名　　　　　　　　　　　　）

　下記のとおり、安全運転支援装置の搭載した車両であることを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 補助対象者の住所及び氏名 | 住　所  氏　名 |
| 申請区分 | □　新車の購入  □　中古車の購入  □　自己所有車両にペダル踏み間違い時加速抑制装置の設置 |
| メーカー  車種 |  |
| 車両番号 |  |
| 搭載装置 | □　衝突被害軽減制動制御装置  □　ペダル踏み間違い時加速抑制装置 |
| 対象経費 | 円 |