

平成24年度災害対応型石油製品貯槽型供給設備整備促進事業のうち  
石油ガス災害バルク等の導入に係る事業  
補助金交付申請書(病院/リースの例)

災害対応型石油製品貯槽型供給設備整備促進事業のうち、石油ガス災害バルク等の導入に係る事業 業務方法書第8条第1項の規定に基づき、以下のとおり補助金の交付を申請します。

捺印  
(法人登録印)

1. 申請者(補助対象LPガス設備の購入者)

法人名	フリガナ	ニチダンリース カブシキカイシャ		法人登録印	フリガナ	ダイョウトリシマリヤクシャチョウ ニチダン イチロウ	
		日団リース株式会社			代表者名	代表取締役社長 日団 一郎	
所在地	郵便番号	フリガナ	トウキョウト ミナトク トラムオン 2-5-5 サクラビル 5F				
	105 - 0001	東京	都・道 府・県	港区虎ノ門2-5-5 櫻ビル5F			
電話番号	03-5510-0000		FAX	03-5511-0000			
業務方法書第3条第2号に規定する中小企業者			である。	ではない。			
リース業が定款に掲げられているか(掲げられていないのに、リースをした場合は、補助金の対象外となります)			いる。	いない。			
責任者※	氏名 (役職・氏名)	フリガナ	タウト ニチダン タロウ				
			担当 日団 太郎				
	所属部署名	フリガナ	ニチダンリースカブシキカイシャ リースブ リースイカ				
			日団リース株式会社 リース部 リース一課				
	住所※	郵便番号	フリガナ	トウキョウト ミナトク トラムオン 2-5-5 サクラビル5F			
	105 - 0001	東京	都・道 府・県	港区虎ノ門2-5-5 櫻ビル5F			
電話番号	03-△△△△-0000		FAX	03-△△△△-××××			
e-mail アドレス	nichidantaro@nichidan.co.jp						
設置先	名称	フリガナ	シズオカヒョウイン		フリガナ	インチョウ ニチダン ツヨシ	
			医療法人 日団会 静岡病院		代表者名	院長 日団 強	
	種別	1 新築 2 既築	業務方法書第4条第2項第3号に記載されている ①に係わる施設( 病院 ) ②に係わる施設( ) ③に係わる施設( )				
住所	郵便番号	フリガナ	シズオカケン シズオカシ △△ク 〇〇マチ ×-×				
	424 - 〇〇〇〇	静岡	都・道 府・県	静岡市△△区〇〇町×-×			

※日団協からの通知書類等は、「責任者住所」欄の住所へ送付します。

※記入する責任者は、当申請に関わる権限を持ち、内容等を説明できる方として下さい。

## 2. 補助対象LPガス設備の利用者

法人名	フリガナ	イヨウホウジン ニチダンカイ		法人登録印	代表者名	フリガナ	リジョウ ニチダン ジロウ
		医療法人 日団会					理事長 日団 二郎
所在地	郵便番号	フリガナ トウキョウト チヨダク マルノウチ 〇-〇-〇					
	100 -	東京 都・道 府・県 千代田区丸の内 〇-〇-〇					
	0005						
電話番号	03-△△△△-〇〇〇〇		FAX	03-△△△△-××××			
責任者※	氏名 (役職・氏名)	フリガナ	ブチョウ ニチダン サブロウ				
			部長 日団 三郎				
	所属部署名	フリガナ	イヨウホウジン ニチダンカイ ソムブ				
			医療法人 日団会 総務部				
	住所※	郵便番号	フリガナ トウキョウト チヨダク マルノウチ 〇-〇-〇				
		100 -	東京 都・道 府・県 千代田区丸の内 〇-〇-〇				
	0005						
電話番号	03-△△△△-〇〇〇〇		FAX	03-△△△△-××××			
e-mail アドレス	nichidansaburo@nichidankai.co.jp						

※記入する責任者は、当申請に関わる権限を持ち、内容等を説明できる方として下さい。

※申請者と利用者が同一の場合は記入不要です。

## 3. 手続代行者(手続きを代行するものがある場合は記載する)

法人名	フリガナ	カシキガイシャ ニチダン シスオカイクヱウシヨ		印	担当者名	フリガナ	シヨチョウ ガス マト
		株式会社 ニチダン 静岡営業所					所長 瓦斯 真亜人
所在地	郵便番号	フリガナ シスオカケン シスオカシ 〇〇ク △△マチ					
	424 -	静岡 都・道 府・県 静岡市〇〇区△△町×-×					
	〇〇〇〇						
電話番号	054-〇〇〇-△△△△		FAX	054-△△△-××××			
e-mail	mato@nichidan.co.jp		販売登録番号	〇〇〇〇			

4. 申請する補助事業の概要

(1)概要

- ①医療法人 日団会は経営する、「静岡病院」に、災害バルク(1,000 kgバルク×1基)を設置し、災害時に病院の入院患者並びに近隣の避難者に対し、炊出しや給湯、暖房、電源確保などに役立つ。
- ②当社は、災害バルクメーカーの〇〇会社から「災害対応型バルク貯槽等」を購入し「静岡病院」に本施設を設置、リース契約を行う。
- ③設置工事は平成25年度10月を予定している。

(2)燃焼機器の明細等

- 名称、製造事業者、販売元、型番を記載
- ①LPガス発電・照明ユニット・・・〇〇株式会社(△△株式会社製)、××××番
  - ②LPガス燃焼ユニット・・・株式会社△△(××株式会社製)、〇〇〇〇番
  - ③LPガス給湯ユニット・・・××株式会社(株式会社〇〇製)、△△△△番

5. 補助金交付申請額

(1)補助事業に要する経費	5,250,000円(税込)
(2)補助対象経費	4,725,000円(税込)
(3)補助金交付申請額 ※	2,250,000円(税別)

※補助金に係る消費税等仕入控除税額を減額して申請する場合は、次の算式を明記すること。  
 (補助金所要額〇〇-消費税等仕入控除税額〇〇=補助金交付申請額〇〇)  
 消費税は円未満を切り捨てること。

6. 補助事業に要する経費、補助対象経費及び補助金交付申請額(全て税抜金額)

項目	補助事業に要する経費	補助対象経費	補助率	補助金交付申請額
①設備費	4,000,000円	4,000,000円	/	/
②設置工事費	1,000,000円	500,000円		
合計	5,000,000円	4,500,000円	1/2 又は 2/3	(3)※ 2,250,000円

※5. の(1)、(2)及び(3)と一致させること。

## 7. 補助事業の開始及び完了予定日

開始予定日	交付決定後	完了予定日	平成25年11月15日
-------	-------	-------	-------------

※「補助事業完了予定日」とは、申請者が設備等の代金支払いを済ませた年月日とします。

## 8. 確認事項(いずれかに○)

(1) 本事業に関し、他の国庫補助金を受けている (他の国の補助金を受けている場合は申請できません)	はい ・ <input checked="" type="radio"/> いいえ
(2) 本事業に関し「補助事業者自身・子会社・関連会社」 の有無 (本事業に関し、補助事業者自身・「出資比率15%以上の会社」を工事請負契約者又は資材購買契約者の対象とする場合は、業務細則第14条に規定する利益排除を行わねばなりません)	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
(3) 当該バルク貯槽から発生したLPガスを常時使用する 予定である	<input checked="" type="radio"/> はい ・ いいえ