

医療法人日団会が日団リース㈱からリースを受けて、自ら所有及び運営する静岡病院に設置する場合の記入例です。自ら購入し設置する場合の書き方は違いますので【特に4. (1)】ご注意ください。

(様式第1)  
日本LPガス団体協議会 会長殿

(1/4)  
平成 27 年 ○ 月 ○ 日

平成27年度石油製品利用促進対策事業費補助金(石油製品利用促進対策事業のうち、石油ガス災害バルク等の導入に係るもの)補助金交付申請書

石油製品利用促進対策事業費補助金(石油製品利用促進対策事業のうち、石油ガス災害バルク等の導入に係るもの)業務方法書第8条の規定に基づき、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	ダイヒ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。				
実務担当者*	氏名 (役職・氏名)	フリガナ	タウトウ 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 リースイチカ				
		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		代表者名	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		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 ○○マチ ×-×				
	424 - 0000	静岡	都・道 府・県	静岡市△△区○○町×-×			

※日団協からの通知書類等は、「実務担当者住所」欄の住所へ送付します。  
※記入する実務担当者は、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	イリョウホウジン 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 チヨタク 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-△△△△-××××			
実務担当者※	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	イリョウホウジン ニチダンカイ ソウムブ				
			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 チヨタク 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						

※記入する実務担当者は、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(手続きを代行する者がいる場合のみ記載する)

法人名	フリガナ	カブシキガイシャ ニチダン シズオカエイトウシヨ		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	シズオカケン シズオカン 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」に石油ガス災害バルク等を設置し、災害時には、病院の入院患者等並びに近隣の避難者に対し、炊出及び緊急処置等のための電源確保に役立てる。
- ②当社は「石油ガス災害バルク等」を購入し、「静岡病院」に本施設を設置、医療法人日団とリース契約を行う。

必ず、機器指定された記号を記入すること。

(2)石油ガス災害バルク等の明細

名称、製造事業者、販売元又は型番を記載

- ①石油ガス災害バルク貯槽・・・I・T・O株式会社、EBS-498(Y/T)×1基
- ②LPガス発電機・・・〇〇株式会社(△△株式会社製)、××××番×1台
- ③照明機器・・・株式会社▽▽製、□□□□番×2台
- ③LPガス燃焼ユニット・・・株式会社△△(××株式会社製)、〇〇〇〇番×1台

5. 補助金交付申請額

(1)補助事業に要する経費	5,400,000円(税抜)
(2)補助対象経費	4,860,000円(税抜)
(3)補助金交付申請額 ※	2,430,000円(税抜)

※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	4,400,000円	4,260,000円	/	/
② 設置工事費	1,000,000円	600,000円		
合計	5,400,000円	4,860,000円	1/2 又は 2/3	(3)※ 2,430,000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	平成〇〇年〇〇月〇〇日
-------	-------	-------	-------------

※「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) 業務方法書第7条の各号に該当する者(法人にあつてはその役員)ではない。 (該当する場合には申請できません)	<input checked="" type="radio"/> はい ・ いいえ