東京都自治体連携型補助金

修理不能であることの証明書

　　年　　月　　日

（宛先）

東京都知事　殿

（申請者）

　〒

所在地：

企業等名称：

代表者職・氏名：　　　　　　　　　　　　　印

（メーカー等）

　〒

所在地：

企業等名称：

代表者職・氏名：　　　　　　　　　　　　　印

東京都自治体連携型補助金の補助対象として申請した設備等について、下記のとおり修理不能であることを証明します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 製造年（取得年） |  |
| 型番又や性能等の仕様 |  |
| 損壊箇所等 |  |
| 修理不能である理由 |  |
| 廃棄（予定）年月 |  |

東京都自治体連携型補助金

新たに購入する設備等が被災対象物と同等程度の機能を有することの証明書

年　　月　　日

（提出先）

東京都知事　殿

　　　　　　　　　　　　　（申請者）

　〒

所在地：

企業等名称：

代表者職・氏名：　　　　　　　　　　　　　印

（メーカー等）

　〒

所在地：

企業等名称：

代表者職・氏名：　　　　　　　　　　　　　印

次のとおり新たに購入する設備等が被災対象物と同等程度の機能を有することを証明します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 被災対象物  | 新たに購入する設備等 |
| 名称及び型番・メーカー等 |  |  |
| 製造年（取得年） |  |  |
| 主な仕様 |  |  |
| 目的・用途等 |  |  |
| 購入費 |  |  |
| ＡとＢが異なる主な仕様 |  |