

安全運転支援装置取扱事業者の販売店ご担当者様にご記入ください

様式第4（第8条関係）

安全運転支援装置販売・設置証明書

令和 年 月 日

大口町長 様

安全運転支援装置販売・設置事業者（安全運転支援装置装置取扱事業者）

所在地
名称
代表者又は
店長（営業所長）名

印

下記のとおり、安全運転支援装置を販売及び設置したことを証明します。

記

使用者の氏名			
使用者の住所			
登録番号 (車両番号)			
安全運転支援装置	機能 <small>※該当する装置にチェックしてください。</small>	A	<input type="checkbox"/> 障害物検知機能付きペダル踏み間違い急発進抑制装置等（センサー有り）
		B	<input type="checkbox"/> ペダル踏み間違い急発進抑制装置（センサー無し）
	装置名		
	性能認定 <small>※該当する場合にチェックしてください。</small>	<input type="checkbox"/> 国土交通省の性能認定を受けている	
	設置日	令和 年 月 日	
装置設置費用	本体金額		円
	部品金額		円
	取付工賃		円
	消費税		円
	計(①)		円
センター補助金 [※] (②)			円
使用者支払額(①-②) (補助対象経費)			円

※ 一般社団法人次世代自動車振興センターから交付を受ける補助金の額
(取扱担当者)

氏名		電話番号	
----	--	------	--

取扱担当者は、安全運転支援装置の設置に関する問い合わせ等に対応できる方としてください。