(様式２)

≪車両申請に係る資料≫

法人名　　　　　　　　　　　施設名　　　　　　　　　　０

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請車種 | メーカー名及び車種　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名形式　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名いずれかの番号に○印を付けてください。１　更新２　新規(法人全社会福祉施設に所有車両がない場合３　増車 | 乗車定員　車ｲｽ　 　　　　名　　　　　ｽﾄﾚｯﾁｬｰ 　　　　名　　　　　車ｲｽ､以外　　　　名　　　　　総乗車定員 名 排気量　　　　　　　　　 　㏄車両の種類移送車（Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ）（いずれかに○印を付けてください。） |
| 本　　　　体 | ※助成対象は、車両本体価格と本会指定の明示に係る経費を合わせた金額からそれに係る値引き及び下取り価格を差引いた額で左記②の金額(消費税含む)とします。※助成申請額は、左記②の価格と①｢基準単価｣(7頁参照)を比較して価格が低い方の4分の3以内(千円未満切捨て)とし、180万円を上限とします。 |
| 事　　項 | 金　　額（円） |
| 車両本体価格 | 　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 本会指定の明示に係る経費(概算可) | 　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 値引 | △　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 下取価格 | * 円
 |
| （小計） | ②　　　　　　　　　　　　　　円 |
| ●法人全体の全社会福祉施設の車両保有状況表（令和7年5月1日現在） |
|  | 車種名 | 福　祉仕　様 | 総乗車定　員 | 車いす定　員 | 使用施設名とその用途 | 導入年月 | 総走行距　離 | 入手方法 | 備考 |
| ○ | (例)トヨタハイエースウェルキャブ(リフト・ストレッチャー兼用型) | ・無 | 8名 | 2名 | 〇〇〇〇〇(施設名)の利用者送迎用 | H26.4 | 112,000㎞ | 共同募金 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ※更新対象車両には、車種名の前に○印を記入してください。 |

－21－