（様式第２－２号）

後付け装置取扱事業者の販売店ご担当者様がご記入ください

安全運転支援装置販売・設置証明書

　　年　　月　　日

　様

　　　　　　　　　　　　　　安全運転支援装置販売・設置事業者（後付け装置取扱事業者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

名　称

代表者又は

店長（営業所長）名

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 | □衝突防止補助装置 |
| 装置名 |  |
| 設置日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 装置設置費用 | 補助対象経費  （税込） | 本体金額 | 円 |
| 部品金額 | 円 |
| 値引き | 円 |
| 小計 | 円 |
| 補助対象外経費（税込） | 取付工賃 | 円 |
| その他費用 | 円 |
| 領収金額（税込）  ※使用者支払額 | | 合計 | 円 |

（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。