第１６号参考様式その２（別表２）

施設

設備 が被災対象物と同等程度の機能・性能であることの証明書

車両

　　年　　月　　日

（提出先）

千葉県知事　　　　　　　　　　　　様

（申請者）

　〒

所在地：

企業等名称：

代表者職・氏名：　　　　　　　　　　　　　印

法人番号（法人のみ）：

（メーカー・代理店・販売店））

　〒

所在地：

企業等名称：

代表者職・氏名：　　　　　　　　　　　　　印

法人番号（法人のみ）：

千葉県中小企業復旧支援補助金に補助対象として申請した次の施設、設備又は車両について、下記のとおり同等程度の機能・性能であることを証明します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 施設(設備・車両)の名称 |  |
| 製造年(取得年)又は建設年 |  |
| 型番又は構造等の仕様 |  |
| 損壊箇所等 |  |
| 新規に購入する施設((設備・車両)の名称 |  |
| 同等である機能・性能 |  |
| 廃棄（予定）年月 |  |

※　対象が複数あり行が不足する場合は、適宜、追加すること。