

高浜市カーボンニュートラル推進支援補助金交付申請書

年 月 日

(宛先) 高 浜 市 長

(申請者) 所 在 地 :

事 業 者 名 :

代 表 者 役 職 :

氏 名 :

担 当 者 氏 名 :

電 話 番 号 :

高浜市カーボンニュートラル推進支援補助金交付要綱第6条第1項の規定に基づき、次のとおり申請します。

1 事業の内容等

事 業 の 種 類	<input type="checkbox"/> 省エネルギー診断受診事業 <input type="checkbox"/> 省エネルギー設備等導入事業
事 業 実 施 場 所 ※複数ある場合は すべて記入	高浜市_____
事 業 期 間	交付決定日から 年 月 日まで
実施にかかる経費	(総額) 円 (A) (うち消費税) 円 (B)
事業に関する 国等の補助金	円 (C)
補助対象経費 (A) - (B) - (C)	_____円 (D)
補助金申請額 (D) × 補助率 (1/2)	_____円 ※上限額 省エネルギー診断受診事業：10万円 省エネルギー設備等導入事業：50万円

