**修理不能設備であることの証明書**

チェックリスト設備－１０

令和　　年　　月　　日

石川県知事　　　　　　殿

（証明者）　※メーカー・販売店等が記載

住　　　　所

名　　　　称

代表者職氏名  
 　（記名押印　または　署名(手書き)）

見積依頼のあった下記の設備については、下記の理由により修理不能であることを証明します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 補助金申請事業者住所 |  |
| 補助金申請事業者名称 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 被 災 設 備 | |
| 設備名称 |  |
| メーカー等 |  |
| 型番・型式等 |  |
| 損壊箇所等 |  |
| 修理不能となる理由 |  |

※１　証明者は、被災設備の情報を補助金申請者から入手すること。

※２　行が不足する場合は、適宜、追加すること。