

設備比較証明書 (入替のみ)

令和元年 12 月 27 日

長野県知事 様

設備メーカーや専門業者等
による証明が必要です。

住所 長野県長野市〇〇
名称 〇〇設備株式会社
代表者職氏名 代表取締役 △△ △△ 印

令和元年台風第 19 号による災害に起因して損壊した下記設備について、複数の設備を様々な性能・仕様・機能等から比較した結果、次の設備が被災した設備と同等若しくは同等以下であると判断したことを証明しま

必ず「代表者印」または「社印」を押
してください。(担当者印不可)

補助金申請事業者住所	長野県長野市南長野字幅下 6 9 2 - 2
補助金申請事業者名称	長野県庁商店 (長野 太郎)

	被災設備	比較設備	備考
メーカー等	〇〇機械株式会社	□□株式会社	
名称	〇〇用工作機械	□□用工作機械	
型番・型式等	XXX-XXX	YYY-ZZZ	
取得(予定)価格	2,500,000 円	3,000,000 円	
取得(予定)時期	H〇〇. 〇月	R 1. □月	

設備の種類により、適宜、
比較項目を設定してください。

	比較項目	被災設備	比較設備	備考
1	回転数 (主軸)	10,000RPM	8,000RPM	
2	自動工具交換装置	15 本	15 本	
3	移動量	X:500 Y:500 Z:400	X:550 Y:450 Z:410	
4	主軸規格	XXX-000	ZZZ-001	
5	◇◇◇◇	◇◇◇◇◇	◆◆◆◆◆	◆◆◆◆◆は 現行販売機の 最低限の機能

- ※ 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 被災設備の取得価格は、固定 (償却) 資産台帳の取得価格を参考に記入すること。
- ※ 3 被災設備・比較設備の性能等が記載されているカタログ等を添付すること。
- ※ 4 被災設備が古くカタログ等が入手できない場合は、可能な限りインターネット等で情報を収集し、画面を印刷して添付すること。