

○補助金の交付は予算の範囲内で行うため、ご要望に沿えない結果となることがあります。

○本調査への回答をもって補助金の交付決定を行うものではありません。補助金の交付を受けるには別途補助金交付申請が必要です。

○**補助対象・要件等の詳細はQ&Aをご確認ください。**

○要望額が検証できるよう、**見積書、価格表など要望額の妥当性を示す書類を必ず添付してください。**

また、1つの項目において複数の種類の機器等を要望される場合、見積書、価格表又は任意の書面にその内訳を記載してください。

(例: 空気清浄機(車載用)において、Aメーカー、Bメーカーをそれぞれ要望される場合、下記の項目には合算した額を記載していただき、また、見積書、価格表又は任意の書面に、「Aメーカー: ○台 × ○円 = ○円」、「Bメーカー: ○台 × ○円 = ○円」とその合算額の内訳がわかるよう記載してください。)

○原則、本調査票(Excelデータ)の黄色セルへ入力(行・列の追加不可)し、Excelデータで提出して下さい。

なお、シートの追加・削除、シート名の変更もできません。

○本調査票の提出は、都県毎に営業所(例えば、東京や埼玉営業所)を有していたとしても、それぞれの運輸支局ではなく、主たる事務所の住所を管轄する1つの運輸支局に提出してください。

事業者名:

ご担当者名:

ご連絡先: (TEL)

(E-mail アドレス)

(要望調査①) 車両、福祉タクシーの共同配車センターの整備関係

① 福祉タクシーについて

福祉車両としてのUDタクシーを要望される場合は、別途タクシーに係る要望調査票に記載の上提出してください。

整理記号	要望項目	要望台数	補助対象経費(税抜)	国庫補助要望額	導入時期
H-1	福祉タクシー(リフト付)の導入	台	千円	(要望台数×800千円) 千円	令和 年 月 日
	自治体による協調補助がある又は予定されている。 <input type="checkbox"/>				
H-2	福祉タクシー(上記以外)の導入	台	千円	(要望台数×600千円) 千円	令和 年 月 日
	自治体による協調補助がある又は予定されている。 <input type="checkbox"/>				

・過去3か年(R2~R4年度)で国庫補助を活用して導入した福祉タクシー車両の台数 ()台 ※UDタクシー車両除く

② 福祉タクシーの共同配車センターの整備について

整理記号	事業概要	補助対象経費(税抜)	国庫補助要望額 (対象経費/3)	導入時期
H-3		千円	千円	令和 年 月 日

(要望調査②) 感染症拡大防止対策設備導入

③ 感染症拡大防止対策設備の導入

整理記号	事業概要	要望台数	補助対象経費(税抜)	国庫補助要望額 (対象経費/2)	導入時期
H-4	空気清浄機(車載用)	台	千円	千円	令和 年 月 日
H-5	空気清浄モニター	台	千円	千円	令和 年 月 日
H-6	低濃度オゾン発生装置	台	千円	千円	令和 年 月 日
H-7	防菌シート・防護板	台	千円	千円	令和 年 月 日
H-8	車内抗菌処理(光触媒噴霧等)	台	千円	千円	令和 年 月 日
H-9	防護壁設置車両	台	千円	千円	令和 年 月 日
H-10	利用者に対し感染症対策への協力を求めるための周知等	台	千円	千円	令和 年 月 日
H-11	その他	式	千円	千円	令和 年 月 日
	事業概要:				

※ 空気清浄機、低濃度オゾン発生装置等機器等について、ウイルス除去等の効果があることを証する大学研究機関等第三者機関の証明書を添付するようお願いします。