

設備比較証明書（入替のみ）

令和元年〇〇月〇〇日

栃木県知事 様

代表者印を押印

設備メーカー等による
証明が必要です

住所 栃木市〇〇町△△〇〇番〇〇号
名称 〇〇〇〇株式会社 印
代表者氏名 代表取締役 〇〇 〇〇

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す。

記

補助金申請事業者住所	栃木市〇〇町〇〇番〇〇号
補助金申請事業者名称	栃木県庁株式会社

	被災設備	比較設備	備考
メーカー等	〇〇〇〇株式会社	〇〇〇〇株式会社	
名称	〇〇工作機械 (マシニングセンタ)	〇〇工作機械 (マシニングセンタ)	
型番・型式等	XXX-XX	XYZ-XX	
取得（予定）価格	28,000,000円	30,000,000円	
取得（予定）時期	H〇〇.〇月	R2.〇月	

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:400	
4	主軸規格	XXX-000	XXX-01	
5	〇〇〇	〇〇〇	〇〇〇	

- ※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。