

対象設備確認書

納入事業者が複数の場合は、それぞれ記入してください。
また、対象設備であることは各納入事業者において確認してください。

設置者（施主）名 ●●病院
(補助金交付申請者名)

設置住所 岐阜県岐阜市藪田南1-2-1

納入事業者名 ①▲▲工務店 ②××電機

以下の製品は、医療機関エネルギーコスト削減推進事業補助金の交付対象設備であることを確認しました。
併せて、更新前の設備が同補助金の交付対象設備でないことを確認しました。

①設置製品（型番） AAAAA12345
設備種別 業務用エアコン
規格 JIS B 8616
省エネ性能に関する基準 省エネ基準達成率100%以上

②設置製品（型番） BBBBB12345
設備種別 業務用冷蔵・冷凍庫
規格 JIS B 8630
省エネ性能に関する基準 省エネ基準達成率100%以

③設置製品（型番）
設備種別
規格
省エネ性能に関する基準

④設置製品（型番）
設備種別
規格
省エネ性能に関する基準

設備種別はドロップダウンリストから該当する設備を選択してください。
規格以下の項目は自動で入力されます。
※JIS規格のない製品は原則対象外です。
ただし、JIS規格と同等の安全性及び省エネ性能を備えていることを別に証明することが可能な場合はこの限りではありません。