別紙２

令和　年　月　日

高知県知事　濵田　省司　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　設備・機器メーカー(納入業者)等

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称：

連絡先：　　　－　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者等氏名：　　　　　　　　　　　印

**エネルギー消費量比較証明書（No.　）**

以下の事業者が申請する「高知県生活衛生関係営業省エネルギー設備投資支援事業費補助金」にかかる設備・機器について、エネルギー消費量を以下のとおり判断したことを証明します。

記

１　申請者情報について

|  |  |
| --- | --- |
| 補助金申請事業者名 |  |
| 設備・機器の設置場所 |  |

２　設備・機器について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 既 存 設 備 | 更新(導入予定)設備 | 備　　考 |
| メーカー |  |  |  |
| 設備・機器の名称 |  |  |  |
| 型番・型式 |  |  |  |
| 製造年 |  |  |  |
| エネルギー消費量 | (A) | (B) |  |
| 台数 | (C) | (D) |  |

３　省エネ効果について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | エネルギー消費量 | 台数 | エネルギー消費量合計  (A)×(C)又は(B)×(D） |
| 既 存 設 備 | (A) | (C) | (E) |
| 更新(導入予定)設備 | (B) | (D) | (F) |
| 省エネ効果（（E-F)÷（E)）×100 | | | ％ |

　　　※小数点第3位を四捨五入して記載してください。

４　添付書類　エネルギー消費量の計算根拠

※複数の設備・機器を更新する場合は更新機器ごとに作成し、単位をそろえるようにして

ください。

※供給源が変更（ガスから電気等）となることでエネルギー消費量での比較できない場合は、ランニングコスト（ガス代、電気代等）で証明してください。