|  |  |
| --- | --- |
| （一社）日本理学療法機器工業会指定用紙 | |
| 整理番号 |  |
| 1. ソフトウエア以外の場合　□ 2. ソフトウエアである場合　□ | |

中小企業等経営強化法の経営力向上設備等に係る生産性向上要件証明書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 当　該　設　備　の　概　要 | 減価償却資産の種類 |  |
| 設備の種類又は細目 |  |
| 設備の名称 |  |
| 設備型式 |  |
| 本社名・事業所名 |  |
| 法人番号　※法人のみ |  |
| 本社所在地 |  |
| ユーザー連絡先  （会社名、担当部署、電話番号） |  |

〇上記設備を前提とした場合における該当要件への当否

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 該　当　要　件 | 一定期間(注１）内に販売開始された製品であるか | ①販売開始年度(西暦)：　　　　　年度(注２)  ②取得(予定)日を含む年度：　　　 年度(注２)  　　　　　　② - ① ＝ 　　年 | １．該当 ２．非該当 |
| 「生産性向上」（旧モデル比生産性年平均１％以上向上）に該当するか  （※）当該設備がソフトウエアである場合、または比較すべき旧モデルが全く無い新製品の場合には、記載不要。 | | １．該当　２．非該当 |
| 該当要件への当否 | | | １．該当　２．非該当 |

（注１）一定期間は、機械装置：１０年、工具：５年、器具・備品：６年、建物附属設備：１４年、ソフトウエア：５年とする。

（注２）年度とは、その年の１月１日から１２月３１日までの期間をいう。

当該設備が上記該当要件を満たすものであることを証明します。

　西暦　　　　　年　　月　　日

製造事業者等の名称

製造事業者等の所在地

代表者氏名：

担当者氏名：

所　　　属：

担当者連絡先（電話番号）：

「該当要件」欄に記載されている事項について確認し、該当要件を満たしていることを証明します。

　西暦　　　　年　　月　　日

〒100-6004

東京都千代田区霞が関3-2-5

霞が関ビルディング4階 オージー技研株式会社内

一般社団法人 日本理学療法機器工業会

　　会長　　奥田　宏

担当窓口：事務局

連絡先（電話番号）：070-3169-5602

※※制度自体については、中小企業庁ホームページをご確認いただき、ご不明な点は、中小企業庁税制サポートセンターもしくは所轄の税務署にお問い合わせください。中小企業庁ホームページ　https://www.chusho.meti.go.jp/keiei/kyoka/kougyoukai.html

【経営力向上計画に係る認定申請書における「８．経営力向上設備等の種類」の「所在地」】について変更がある場合

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更事項(注３) | 変更前（都道府県名・市町村名） | 変更後（都道府県名・市町村名） |
|  |  |

（注３）経営力向上計画の認定申請書の記載から変更が生じた場合、設備取得事業者が変更後の設備情報を記載。

[本証明書に関する注意事項]

本証明書は、中小企業等経営強化法に基づく経営力向上設備等であって、中小企業経営強化税制の対象設備の要件のうち、生産性向上に係る要件（「一定期間内に販売」、「生産性向上」の要件）を満たしていることを証明するもので、税制措置の対象である設備であることを証明するものではありません。

これら税制措置の適用を受けるためには、さらに、中小企業等経営強化法の経営力向上計画の認定を受けること、当該設備の価額が最低取得価額以上であること、適用期間中に取得すること等の要件を満たす必要があります。

また、対象設備の種類は、同じ設備でも使用目的等によって異なる場合があります。設備の種類によっては制度の対象外となる場合や「一定期間内に販売」の要件（年数）が異なる場合がありますので、ご注意ください。詳細は中小企業庁のホームページをご参照ください。