

# 記載上の注意

# 記載上の注意(1/3)

赤文字    メーカー記載  
青文字    日医光記載

サンプル

日本医用光学機器工業会 指定用紙	
整理番号	25108999
① ソフトウェア以外の場合	<input checked="" type="checkbox"/>
② ソフトウェアである場合	<input type="checkbox"/>

日本医用光学機器工業会 指定用紙であることを確認

「①ソフトウェア以外の場合」を

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	器具及び備品
	設備の種類又は細目	医療機器（光学検査機器）
	設備の名称	眼底カメラ
	設備型式	JMOIA 1型
	本社名・事業所名	株式会社○○・XX事業所
	法人番号 ※法人のみ	999999999999
	本社所在地	○○県○○市○○1丁目2番3号
	ユーザー連絡先 (会社名、担当部署、電話番号)	株式会社○○商店 管理部 設備課 00-1234-5678

## 当該設備の概要

- 1段目は、「器具及び備品」と記載
- 2段目は、省令の細目を記載
- 3段目は、設備の一般名称を記載
- 4段目は、設備の型式を記載
- 5段目は、設備ユーザの本社名と、事業所名も両方記載
- 8段目は、導入状況について担当している設備ユーザの連絡先を記載

○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	①販売開始年度(西暦): 2022年度(注2)	②取得(予定)日をきむ年度: 2025年度(注2)	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	②-①= 3年		
	(※)当該設備がソフトウェアである場合、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、ソフトウェア：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。

「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 YYYY年 MM月 DD日 〒103-0023 東京都中央区日本橋本町3-1-11 緑維会館 2階 日本医用光学機器工業会 会長 ○○ ○○ 印 担当窓口： 事務局長 △△ △△ 連絡先(電話番号)： 03-6665-6923	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 YYYY年 MM月 DD日 製造事業者等の名称 株式会社 ○○○○ 製造事業者等の所在地 ○○県○○市○○1-2-3 代表者氏名： ○○ ○○ 印 担当氏名： ○○ ○○ 所属： ○○事業部 担当者連絡先(電話番号)： 00-2345-6789
---	--

※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/kougyouka1.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)
	○○県○○市	○○県○○市

(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。

# 記載上の注意(2/3)

赤文字 メーカー記載  
青文字 日医光記載

サンプル

日本医用光学機器工業会 指定用紙	
整理番号	25108999
① ソフトウェア以外の場合	<input checked="" type="checkbox"/>
② ソフトウェアである場合	<input type="checkbox"/>

中小企業等経営強化法の経営力向上設備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	器具及び備品
	設備の種類又は細目	医療機器（光学検査機器）
	設備の名称	眼底カメラ
	設備型式	JMO1A 1型
	本社名・事業所名	株式会社○○・XX事業所
	法人番号 ※法人のみ	999999999999
	本社所在地	○○県○○市○○1丁目2番3号
ユーザー連絡先 (会社名、担当部署、電話番号)	株式会社○○商店 管理部 設備課 00-1234-5678	

○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): 2022年度(注2) ②取得(予定)日を含む年度: 2025年度(注2) ②-①= 3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ェアである場合、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、ソフトウェア: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。

「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。	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 YYYY年 MM月 DD日	西暦 YYYY年 MM月 DD日
〒103-0023 東京都中央区日本橋本町3-1-11 緑維会館2階 日本医用光学機器工業会 会長 ○○ ○○ 印	製造事業者等の名称 株式会社 ○○○○ 製造事業者等の所在地 ○○県○○市○○1-2-3
担当窓口: 事務局長 △△ △△ 連絡先(電話番号): 03-6665-6923	代表者氏名: ○○ ○○ 印 担当者氏名: ○○ ○○ 所属: ○○事業部 担当者連絡先(電話番号): 00-2345-6789

※制度自体については、中小企業庁ホームページをご確認ください。ご不明な点は、中小企業庁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/kougoukai.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

(注3) 変更事項	変更前(都道府県名・市町村名)	変更後(都道府県名・市町村名)
	○○県○○市	○○県○○市

(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、中小企業等経営強化法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、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確認ください。

## 該当要件

### 1段目

「一定期間内※に販売された製品か」

※器具備品は6年

### 該当非判断

取得日を含む年ー販売開始年度≤6年  
エビデンス資料、チェックシートで確認

### 2段目 「生産性向上」(旧モデル比生産性年平均1%以上に該当するか

一世代前のモデル※と比べて生産性が、年平均1%以上向上しているか

(生産効率、エネルギー効率、精度等)  
エビデンス資料、チェックシートで、確認

※新商品であっても、類似の機能・性能品と比較 確認し、該当非を選択

### 3段目 該当性の当否を選択

# 記載上の注意(3/3)

赤文字 メーカー記載  
青文字 日医光記載

サンプル

日本医用光学機器工業会 指定用紙	
整理番号	25108999
① ソフトウェア以外の場合	<input checked="" type="checkbox"/>
② ソフトウェアである場合	<input type="checkbox"/>

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	器具及び備品
	設備の種類又は細目	医療機器(光学検査機器)
	設備の名称	眼底カメラ
	設備型式	JMOIA 1型
	本社名・事業所名	株式会社〇〇・〇〇事業所
	法人番号 ※法人のみ	999999999999
	本社所在地	〇〇県〇〇市〇〇1丁目2番3号
	ユーザー連絡先 (会社名、担当部署、電話番号)	株式会社〇〇商店 管理部 設備課 00-1234-5678

○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	①販売開始年度(西暦): 2022年度(注2) ②取得(導入)日を含む年度: 2025年度(注2)	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	②-①= 3年	1. 該当 2. 非該当
	(※)当該設備がソフトウェアである場合、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:5年、建物附属設備:14年、ソフトウェア: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。

「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。	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 YYYY年 MM月 DD日	西暦 YYYY年 MM月 DD日
〒103-0023 東京都中央区日本橋本町3-1-11 繰繰会館2階 日本医用光学機器工業会 会長 〇〇 〇〇 印	製造事業者等の名称 株式会社 〇〇〇〇 製造事業者等の所在地 〇〇県〇〇市〇〇1-2-3 代表者氏名: 〇〇 〇〇 印 担当者氏名: 〇〇 〇〇 所属: 〇〇事業部 担当者連絡先(電話番号): 00-2345-6789
担当窓口: 事務局長 △△ △△ 連絡先(電話番号): 03-6665-6923	

※制度自体については、中小企業庁ホームページをご確認ください。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/kougoukai.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)
	〇〇県〇〇市	〇〇県〇〇市

(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確認ください。

## 製造事業者

- 1段目 起票日を記載
- 2段目 設備メーカーの名称を記載
- 3段目 設備メーカーの所在地を記載
- 4段目 代表者氏名を記載、捺印

代表者は部長以上の役職者にて代行可。ただし、本人捺印は必要

- 5段目 起票した担当者を記載
- 6段目 担当者の所属を記載
- 7段目 担当者の連絡先、電話番号

# 日医光記載

サンプル

日本医用光学機器工業会 指定用紙	
整理番号	25108999
① ソフトウェア以外の場合	<input checked="" type="checkbox"/>
② ソフトウェアである場合	<input type="checkbox"/>

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	器具及び備品
	設備の種類又は細目	医療機器（光学検査機器）
	設備の名称	眼感カメラ
	設備型式	JMOIA 1型
	本社名・事業所名	株式会社○○・XX事業所
	法人番号 ※法人のみ	999999999999
	本社所在地	○○県○○市○○1丁目2番3号
ユーザー連絡先 (会社名、担当部署、電話番号)	株式会社○○商店 管理部 設備課 00-1234-5678	

○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): 2022年度(注2) ②取得(予定)日を含む年度: 2025年度(注2) ②-①= 3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ェアである場合、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、ソフトウェア: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。

「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。	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 YYYY年 MM月 DD日	西暦 YYYY年 MM月 DD日
〒103-0023 東京都中央区日本橋本町3-1-11 緑維会館 2階 日本医用光学機器工業会 会長 ○○ ○○	製造事業者等の名称 株式会社 ○○○○ 製造事業者等の所在地 ○○○県○○市○○1-2-3
担当窓口: 事務局長 △△ △△ 連絡先(電話番号): 03-6665-6923	代表者氏名: ○○ ○○ 印 担当者氏名: ○○ ○○ 所属: ○○事業部 担当者連絡先(電話番号): 00-2345-6789

※制度自体については、中小企業庁ホームページをご確認ください。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

(注3) 変更事項	変更前(都道府県名・市町村名)	変更後(都道府県名・市町村名)
		○○県○○市

(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確認ください。

日医光記入(青で示した部分)

整理番号

日医光発行番号として、下記

8桁で「整理番号」付記

(西暦下2桁+月2桁

+数字+3桁連番)

例) 17041001

一 該当要件の適合証明

「発行日」を記載

「郵便番号、所在地」を記載

「工業会名称」を記載

「代表者名」を記載

「工業会印」の捺印