

DXチャレンジ支援事業 事業計画書

令和 年 月 日

企業名	
代表者職・氏名	
担当者連絡先	所属・氏名 住所 〒 TEL FAX Eメール
テーマ名	
事業目的	
導入したシステム 機器等の概要	
実施計画	
期待される効果	

【経費】（単位：円）※消費税を除く

導入システム名称 導入機器名称	単価 (A)	数量 (B)	経費 (A×B)
合計（補助対象経費）	※上限50万円、千円未満切り捨て		