

大村市物価高騰対策事業継続支援給付金交付申請書

(申請日) 令和7年 月 日

大村市長 様

大村市物価高騰対策事業継続支援給付金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

1 申請者の情報 (本店・本社)

所在地・住所 (※)	〒		
法人名又は屋号		代表者職及び 代表者氏名	
業 種		ご担当者名	
電話番号		メールアドレス	

※法人は法人登記がある所在地を、個人事業主は住民登録がある住所を記入してください。

2 店舗等の情報 (上記本店・本社以外の店舗等が申請する場合のみ記入)

所在地	〒		
名 称 (○株 △支店など)			

3 従業員等数 ※「従業員等数」については、交付要領をご確認ください。

従業員等数 (常勤) 及び交付申請額 (「レ」を記入)	<input type="checkbox"/> 1~5 人 … 給付金 30,000 円
	<input type="checkbox"/> 6~20 人 … 給付金 50,000 円
	<input type="checkbox"/> 21 人以上 … 給付金 70,000 円

4 振込先口座

金融機関名	銀行		店 所
	()		
預金種別	1 普通	2 当座	口座 番号
	3 その他 ()		
フリガナ			
口座名義			

※振込先口座名義は、申請者本人の名義に限ります (法人の場合、当該法人名)。

【市税の納付状況の確認に対する同意 (「レ」を記入)】

私 (当法人) の市税の納付状況を確認されることについて、

- 同意する。(生年月日 年 月 日 ※個人事業主の場合のみ)
- 同意しない。

※同意がない場合は、市税の滞納のない証明書の添付が必要です。