

大村市中小企業者等事業継続支援給付金支給申請書

(申請日) 令和8年 月 日

大村市長 様

大村市中小企業者等事業継続支援給付金の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

1 申請者の情報 ※法人は本店（本社）所在地、個人事業主は住民票上の住所を記入。

所在地・住所（※）	〒 大村市		
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	
日中の連絡先 (電話番号)		メールアドレス	

2 店舗等の情報 ※「従業員等数」については、支給要領をご確認ください。

所在地	〒		
名 称 (○株 △支店など)			
従業員等数（常勤） （「レ」を記入）	<input type="checkbox"/> 1～5 人	支給申請額 （「レ」を記入）	<input type="checkbox"/> 40,000 円
	<input type="checkbox"/> 6～20 人		<input type="checkbox"/> 70,000 円
	<input type="checkbox"/> 21 人以上		<input type="checkbox"/> 100,000 円

3 振込先口座 ※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）

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

【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記入)  
 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。