

(様式1)

大村市営業時間短縮要請協力金支給申請書

(申請日) 令和3年 月 日

大村市長 様

次のとおり大村市営業時間短縮要請協力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

申請する店舗数	店舗	申請金額 (※1)	, , 0 0 0 円
所在地・住所 (※2)	〒 -		
個人事業主の 場合	(フリガナ) 事業主氏名		
	姓 ()	名 ()	
法人の場合	法人名		代表者役職及び代表者氏名
	法人番号 (数字13桁)		
事業規模 (※3)	<input type="checkbox"/> 中小企業 (個人事業主含む)		<input type="checkbox"/> 大企業
フリガナ 担当者名		担当者 電話番号 (※4)	

※1 申請金額は「店舗毎に算出した支給額」の合計金額を記入してください。

※2 法人の場合は法人登記がある所在地、個人事業主の場合は住民登録がある住所を記入してください。

※3 事業規模は、中小企業基本法(昭和38年法律第154号)の主たる事業の区分によります。

※4 日中連絡がつく電話番号を必ず記入してください。

2 振込先口座

金融機関名		本・支店名	
口座種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	金融機関 コード	支店 コード
口座番号			
口座名義人 (カナ)			
※漢字表記は不要			

※ 旧十八銀行、旧親和銀行の通帳は、十八親和銀行の通帳へ切り替えのうえご記入ください。

※ 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)