

別記様式第1号（第4条関係）

年 月 日

長沼町長 様

長沼町飲食店感染防止対策認証取得支援給付金交付申請書

長沼町飲食店感染防止対策認証取得支援給付金交付要綱第4条の規定に基づき、給付金の交付を下記のとおり関係書類を添え申請します。

申請者	所在地	〒			
	申請事業者名 (法人名又は個人事業者名)	フリガナ			
		名称			
		代表者職氏名			
	申請者の種別 (いずれか選択)	<input type="checkbox"/> 法人			
		<input type="checkbox"/> 個人事業者	個人事業者の自宅住所 (上記所在地と異なる場合)	〒	
生年月日			西暦	年	月
連絡先	固定電話			携帯電話	

申請店舗

	店舗の名称				
店舗①	店舗の住所	〒			
	業種			業態	

	店舗の名称				
店舗②	店舗の住所	〒			
	業種			業態	

1 給付金申請額 円 (100,000円×申請店舗 店)

2 振込先

金融機関名	銀行・金庫 本店・支店 組合・農協 本所・支所
口座種別	普通 ・ 当座 ・ その他 ()
口座番号	
フリガナ 口座名義人	

3 添付書類 認証書の写し、通帳の写し、本人確認書類の写し、誓約書