（様式１）

五島市営業時間短縮協力金支給申請書

令和　３年　　　月　　　日

五島市長　様

申請者　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　役職名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号：　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（生年月日：　　　　　　　　　　　　　）

次のとおり、五島市営業時間短縮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 |  | 申請金額（※１） | 　　　　　　万円 |
| 店舗の住所（※２） |  |  |
| 店舗名（屋号） |  |  |
| 法人番号(法人のみ・13桁) |  |
| 担当者名 |  | 担当者電話番号 |  |

●申請者について、法人にあっては法人登記がある住所を、個人事業主にあっては住民登録がある住所を記入してください。（法人の場合は法人名、役職名も記入）

　申請者印又は、法人の場合は法人登記印を押印してください。（代表取締役印）

※１　申請金額は「７６万円×申請する店舗数」の計算額を記入してください。

※２　申請する店舗の住所を記入してください。複数店舗ある場合は右側の欄も使用してください。

２　振込先口座

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 本・支店名 |  |
| 預金種類 | 普通　　　当座 | 金融機関コード |  | 支店コード |  |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ口座名義人 |  |

●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**のうえ記入してください。

●金融機関コードは４桁、支店コードは３桁、口座番号は７桁の数字を右詰めで記入してください。

●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）