

別記第1号様式(第4条関係)

串本町小規模事業者等支援給付金交付申請書兼請求書

年 月 日

串本町長 あて

(申請者) 主たる店舗の所在地

事業所名

⑩

代表者氏名

電話番号

串本町小規模事業者等支援給付金の交付を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請(請求)します。

1 給付金交付申請額

3万円【一律】

円【算出根拠: 円/月 × 0.8 × 3か月】(上限12万

円)

2 主たる事業内容

\_\_\_\_\_

3 従業員数

\_\_\_\_\_名

4 給付金振込先口座

金融機関名 \_\_\_\_\_ 銀行・信金・農協 \_\_\_\_\_ 支店

口座番号 普通・当座 \_\_\_\_\_

口座名義人 \_\_\_\_\_

5 同意欄

申請にあたり町税の納付状況を確認することを承諾します。

代表者氏名 \_\_\_\_\_

⑩