**波佐見町営業時間短縮要請協力金支給申請書**

　　　　　　　　（申請日）　令和４年　　月　　日

波佐見町長　　様

次のとおり波佐見町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） | □中小企業（個人事業主含む） | □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 | □普通 | □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）