**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３年２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 |  | | | | | 申請金額  （※１） | | | | 万円 | | | | | | | |
| 所在地・住所  (※２) | 〒　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法人名 又は  個人事業主名 |  | | | | | | | 代表者役職  及び代表者氏名  （法人のみ） | | | | |  | | | | |
| 法人番号  (法人のみ・13桁) |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |
| フリガナ  担当者名 |  | | | | | 担当者  電話番号 | | | |  | | | | | | | |

※１　申請金額は「76万円×（店舗数）」の計算額を記入してください。

※２　法人にあっては法人登記がある所在地を、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。

**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 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※　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）

**（注）店舗が所在する市町へご提出ください**

※複数市町に店舗を有する場合は、店舗が所在する**それぞれの市町へ提出が必要**です。