**波佐見町事業継続支援給付金支給申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請日）　令和３年　月　　日

波佐見町長　様

次のとおり波佐見町事業継続支援給付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**

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地・住所**(※１)** | 〒 |
| 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**　**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（いずれも令和３年２月１日現在）。

**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）

**※法人の場合は本社が所在する市町へご提出ください。**

**※個人事業主の場合はお住まいの市町へご提出ください。**