様式第1号(第4条関係)

令和　　年　　月　　日

長洲町旅館・飲食事業者等及び理容・美容事業者等

感染拡大防止対策支援給付金申請書兼請求書

長洲町長　中逸　博光　様

所在地

事業者名

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

長洲町旅館・飲食事業者等及び理容・美容事業者等感染拡大防止対策支援給付金の支給について、税情報の確認に関して長洲町に委任し、長洲町旅館・飲食事業者等及び理容・美容事業者等感染拡大防止対策支援給付金事業実施要綱第4条第1項の規定により、次のとおり申請します。

**1. 申請対象店舗名**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 営業の種類 | 旅館業・飲食業  理容業・美容業 | 店舗名 |  |

※営業の種類は、旅館業・飲食業・理容業・美容業のうち該当するものを〇で囲んで下さい。

**2. 支給申請額**

**100,000円**

**3. 振込先金融機関(申請者名義のものに限ります。)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関  （ゆうちょ銀行を除く） | 金融機関名 | | 銀行・農協  信金 | | | | 本店・支店  支所 |
| 口座番号 | | 普通・当座・その他（　　　　　） | | | | |
| 口座名義（カナ記入） | | |  | | | |
| ゆうちょ銀行  （郵便局） | 記　号 |  | | | 番　号 |  | |
| 口座名義（カナ記入） | | |  | | | |

**4. 申請情報等の取り扱い**

申請に係る事業者等の情報については、厳重に保管し、本事業以外の目的には使用しません。