

“小城支え愛”感染対策認証店支援金交付申請書

年 月 日

小城市長 様

申請者 住所 _____

氏名 _____

(法人・団体については、法人・団体の名称及び代表者の役職・氏名)

電話番号 _____

次のとおり、“小城支え愛”感染対策認証店支援金について交付を受けたいので関係書類を添えて申請します。

1 交付申請額 50,000 円

2 認証店舗

認証施設 (店舗)	名称	
	所在地	

3 振込先

金融機関名	銀行・信用金庫・信用組合・その他		
支店名	支店	預金種別	普通・当座
口座番号			
フリガナ			
口座名義			

- 4 添付書類 ① “佐賀支え愛”感染対策認証制度の認証が確認できる通知の写し
② 振込先の通帳の写し

【誓約書】

- ・上記の記載内容に相違ありません。
- ・暴力団等に関与していません。
- ・この誓約に違反した場合は、支援金の返還に応じます。

【氏名(代表者名)】 ※自筆で記載してください。

【市記入欄】

以下のとおり交付額を決定します。 50,000 円

確認者印

