

## 岩出市事業所応援給付金申請書兼請求書

岩出市長 様

申請者 住所（所在地）氏名（事業所名及び代表者氏名）

私は、今般の新型コロナウイルス感染症の広がりにより、売上高が減少し経営に大きな影響を受けております。つきましては、岩出市事業所応援給付金の支給について下記のとおり、申請します。また、決定の審査に当たっては、必要に応じ、税情報等を閲覧することに同意いたします。

## 記

## 1. 申請・請求者

事業所名 （屋号等）	フリガナ	法人番号（13桁）	
主たる事業所の所在地	岩出市		
常時雇用する従業員数	人（令和3年10月1日時点）		
担当者氏名		連絡先	（ ） —
資本金	万円	業種	

## 2. 売上減少率

	対象月の前年度・前々年度	対象月の属する年度	減少率	可否
7月	円	円	%	
8月	円	円	%	
9月	円	円	%	
合計	円	≥ 150,000 円		

## 3. 申請額・請求額

	円
--	---

※金額の前に¥を記入し、算用数字でご記入ください。

上記に記載した令和3年10月1日時点の従業員数に応じた申請額をご記入ください。

#### 4. 受取方法

支給決定された場合、次の口座に振込みをお願いします。

金融機関(ゆうちょ銀行以外)												
金融機関名	支店・支所名				口座種別	口座番号(右づめで記入)						
					1. 普通 2. 当座							
ゆうちょ銀行												
記号					番号(右づめで記入)							
口座名義人	(フリガナ)											
<p>振込先金融機関口座確認書類を貼りつけてください ※受取口座の金融機関名、口座番号、口座名義人(カナ)が分かる通帳等の写し</p>												