

令和 3 年 月 日

群馬県知事 様

群馬県感染症対策営業時間短縮要請協力金 支給申請書

次のとおり群馬県感染症対策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。なお、下記記載事項及び添付書類の内容については、事実と相違ありません。

1 申請者情報

以下の申請者情報を記入してください。

申請事業者名	フリガナ													
	名称													
申請者の種別 (選択)	法人	法人番号											(13桁)	
		所在地	〒 ー											
		資本金 又は出資金							円	常時雇用する 従業員数				
	個人	住所	〒 ー											
		生年月日	年 月 日											
担当者	フリガナ						所属部署							
	氏名													
	連絡先	電話番号 :	ー ー					メールアドレス :	@					
<input type="checkbox"/> 申請事業者名と営業許可証の名義に相違がない														

※営業許可書に記載されている住所・氏名・法人名が申請者と異なる場合には、名義が異なる経緯を確認できる書類のコピーを添付してください。(戸籍謄本、法人設立届、法人登記事項証明書など)

2 振込先情報

以下の振込先情報を記入してください。

金融機関名		金融機関コード						(4桁)
本・支店名		支店コード						(3桁)
預金種別	1 : 普通 2 : 当座 (いずれかを○で囲んでください)		口座番号					(7桁)
フリガナ								
口座名義人								

※口座番号が6桁以下の場合、はじめに「0」を記載してください。

※必ず申請者名義の口座を指定してください(申請者が法人の場合は当該法人、個人事業者の場合は当該個人の口座に限ります)。

3 協力金支給申請店舗数

協力金支給を申請する店舗数を記入してください。

店舗

4 店舗ごとの支給額

店舗ごとに【別紙：店舗ごとの状況確認書】を作成し、店舗名及び支給額を記入してください。

No.	店舗名（屋号）	店舗ごとの支給額 （期間A）	店舗ごとの支給額 （期間B）	店舗ごとの支給額 （総額）A+B
1		000円	000円	000円
2		000円	000円	000円
3		000円	000円	000円
4		000円	000円	000円
5		000円	000円	000円
6		000円	000円	000円
7		000円	000円	000円
8		000円	000円	000円
9		000円	000円	000円
10		000円	000円	000円
	計	000円	000円	000円

5 協力金支給総額

4に記載した店舗ごとの支給額の合計額を記入してください。

000円
