

別記様式第1号（第5条関係）

消毒費補填申請書

年 月 日

大泉町長 様

申請者 住所
氏名 印
電話番号 ー

大泉町新型コロナウイルス感染症拡大防止事業給付金の支給を受けたいので、大泉町新型コロナウイルス感染症拡大防止事業給付金支給要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

消毒作業 受託業者	住所	〒 ー		
	フリガナ 名称		電 話	
事業所	住所	〒 ー		
	フリガナ 名称		電 話	
消毒範囲	1 居住部分なし 2 居住部分あり（居住部分床面積： 、事業所部分床面積： ）			
支払金額	円			
実施期間	年 月 日から 年 月 日			

国や他の地方公共団体の補助額	支給申請額
円	円

※ 支給申請額は、事業所の消毒作業に要した費用（他の公的助成を受けた場合は、当該助成金の額を控除した額）の2分の1の額とする。ただし、5万円を上限とする。

◆給付金の振込先

金融機関名	支店名	口座種別	口座番号	口座名義（フリガナ）
		普通 当座		