

様式第1号

(表)

大泉町感染症対策事業継続支援金交付申請書

年 月 日

大泉町長 様

大泉町感染症対策事業継続支援金交付要項の規定により、裏面の同意及び確認事項に同意し、確認した上で、下記のとおり支援金の交付申請をします。

記

1 請求金額 金3万円

2 申請者

・事業者住所 大泉町 _____ TEL _____

事業者名 _____

代表者名 _____

・事業所等所在地 大泉町 _____

・事業所等の名称 _____

・業種（業務内容） _____

3 振込先口座（上記申請者名義の口座）

金融機関名		支店名	
種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ 口座名義人			

添付書類

- 1 月次支援金又は群馬県感染症対策事業継続支援金の支給の決定を受けたことが分かる書類の写し
- 2 振込先口座が記載された通帳又はキャッシュカードの写し

(裏)
同 意 及 び 確 認 事 項

大泉町感染症対策事業継続支援金の交付申請に当たり、下記の事項について同意し、確認いたしました。

- 1 国の月次支援金又は群馬県感染症対策事業継続支援金の支給の決定を受けた者であること。
- 2 申請日時点で町内に事業所等を有し、かつ、現に事業を行っている者であること。
- 3 個人又は登記簿上の本店の所在地が町内にある法人であること。
- 4 申請内容について虚偽が判明した場合や交付対象者の要件に該当しなくなった場合は、支援金の返還等に応じること。
- 5 申請内容を審査・確認するため、本町から関係書類の提出や現地確認を求められた場合は、その要請に応じること。