

音更町休業協力・感染リスク低減支援金交付申請書

年 月 日

音更町長 宛て

申請者 事業所の所在地  
現住所（個人事業者）  
法人名又は屋号  
代表者職氏名 ⑩  
電 話 番 号

音更町休業協力・感染リスク低減支援金の交付を受けたいので、音更町休業協力・感染リスク低減支援金交付要綱第5条の規定により申請します。

記

1 交付申請額 金 100,000 円

2 休業等の対象施設名

対象施設名 1	
対象施設名 2	
対象施設名 3	
対象施設名 4	

3 添付書類 北海道支援金の支給通知書の写し  
振込口座情報の分かる通帳の写し

4 振込口座

支援金振込先：金融機関本支店名	口座種別	普通・当座
銀行・農協 信金・信組	口座番号	
	フリガナ	
	口座名義人	

5 同意書

同 意 書	
上記の支援金の交付に関し、必要がある場合は、当社（者）の市町村税について、納付状況等を税務当局に調査依頼することに同意します。	
年 月 日	
音更町長 宛て	事業所の所在地 現住所（個人事業主） 法人名又は屋号 ⑩ 代表者職氏名