|  |  |
| --- | --- |
| 書類確認 | 入力 |
|  |  |

様式第１号（第６条関係）

**大仙市貨物自動車運送事業者支援給付金支給申請書**

**兼 実績報告書 兼 請求書**

大仙市長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

所 在 地

事業所名

代表者名

印

電話番号

E-mail

下記に記載の事項に同意の上、関係書類を添えて給付申請いたします。

記

①　申請内容確認のため事務所への立入検査を行う場合があること。

②　申請内容確認のため報告を求められた場合は、速やかにこれに応じること。

③　申請内容に虚偽が認められた場合、給付金の取消し又は返還に応じること。

④　市税の滞納がないこと。

１　給付申請額

（　　　　　台　×　１０，０００円　）＝ 　　　　　　　　　　円

２　振込先口座

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 支店名 | 分類 | 口座番号  （**右詰め**でお書きください。） | | | | | | | （フリガナ） |
| 口座名義 |
|  |  | 1 普通  2 当座 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

※長期間入出金のない口座を記入しないでください。

**※通帳番号の記載に誤りがないか再度ご確認ください。記載内容に誤りがありますと、給付が遅れることがあります。**