

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
電話番号
E-mail

印

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ると、給付が遅れることがあります。