石川町ふくしま感染防止対策認定店応援金交付請求書

年　　　月　　　日

石川町長

所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　又は住所

　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　（認定施設名　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　 代表者職・氏名　　　　　　　 　　　㊞

石川町ふくしま感染防止対策認定店応援金を下記のとおり請求します。

記

１．請求金額

|  |  |
| --- | --- |
| 事業の名称 | 石川町ふくしま感染防止対策認定店応援金 |
| 請求金額 | 円 |

２．補助金の振込先口座

|  |  |
| --- | --- |
| 銀行名・支店名 | 銀行金庫　　　　　　　　　　本・支店組合　　　　　　　　　　本・支所信組　　　　　　　　　出張所農協 |
| 口座種類 | 当座　　・　　普通 |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ口座名義 |  |
|  |

３．添付書類

通帳の写し