別記第１号様式（第６条関係）

砂川市飲食業等雇用継続支援給付金申請書

　　　年　　月　　日

砂　川　市　長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　郵便番号　〒　　　　　－

住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号　　　　　－　　　　　－

※法人にあっては、主たる事務所の所在地、その名称及び代表者氏名

砂川市飲食業等雇用継続支援給付金の支給を受けたいので、砂川市飲食業等雇用継続支援給付金事業実施要綱第６条第１項の規定に基づき、次のとおり申請します。

１　申請金額　　　　金　　　　　　　　　　　　円

２　従業員数　　□　６人以上１０人以下

□　１１人以上２０人以下

□　２１人以上

※令和２年２月中の従業員数にチェックしてください。

３ 添付書類

（１）令和２年２月中の従業員数が確認できる書類

（２）砂川市飲食業等雇用継続支援給付金申請に係る誓約書兼承諾書（別記第２号様式）

（３）通帳の写し等口座番号がわかる書類