

砂川市新北海道スタイル実践支援給付金申請書

年 月 日

砂川市長様

郵便番号 〒 —

住所

氏名 ⑩

電話番号 — —

※法人にあつては、主たる事務所の所在地、その名称及び代表者氏名

砂川市新北海道スタイル実践支援給付金の支給を受けたいので、砂川市新北海道スタイル実践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 申請店舗等の数

- (1) 店舗 \_\_\_\_\_ か所 (住所: \_\_\_\_\_ )  
(住所: \_\_\_\_\_ )
- (2) 事務所 \_\_\_\_\_ か所 (住所: \_\_\_\_\_ )  
(住所: \_\_\_\_\_ )
- (3) 工場 \_\_\_\_\_ か所 (住所: \_\_\_\_\_ )  
(住所: \_\_\_\_\_ )
- (4) 営業所 \_\_\_\_\_ か所 (住所: \_\_\_\_\_ )  
(住所: \_\_\_\_\_ )

3 添付書類

- (1) 北海道が提唱する「新北海道スタイル」安心宣言の店頭掲示及び実践項目の実施が確認できる写真等又は国が提唱する「新しい生活様式」に基づいた各業種別のガイドライン等の店頭掲示及び実践項目が確認できる写真等
- (2) 砂川市新北海道スタイル実践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) 給付金の振込口座の番号がわかる金融機関の通帳の写し等の書類