別記第１号様式（第５条関係）

砂川市一般乗用旅客自動車運送業経営支援給付金申請書

　　　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

砂川市一般乗用旅客自動車運送業経営支援給付金の支給を受けたいので、砂川市一般乗用旅客自動車運送業経営支援給付金事業実施要綱第５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

（基本額　20万円　＋　加算額　５万円　×　車両　　　台）

２ 添付書類

（１）北海道運輸局へ提出した「一般乗用旅客自動車運送業事業経営許可申請書」等の主に市内で営業している車両台数が確認できる書類の写し

（２） 砂川市一般乗用旅客自動車運送業経営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