別記第１号様式（第４条関係）

砂川市中小企業特別支援給付金申請書

　　　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

砂川市中小企業特別支援給付金の支給を受けたいので、砂川市中小企業特別支援給付金事業実施要綱第４条第１項の規定に基づき、次のとおり申請します。

（主な申請理由）

該当項目に☑をしてください。

* 外出、往来の自粛等の影響により、売上が減少した。
* 緊急事態宣言による時短対象飲食店等との直接的及び継続的な取引がある。（リース及びレンタルに係る取引を除く。）

（取引飲食店等の名称　　　　　　　　　　　　　　　　）

１　申請金額　　　　金　　　　円

２　業　　種

３ 添付書類

（１）売上高の比較が確認できるもの

（２）砂川市中小企業特別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

（４）通帳・領収書など時短対象飲食店等と継続的に取引していることがわかる資料の写し