様式第１号（第６条関係）

嘉手納町事業継続支援給付金交付申請書

嘉手納町事業継続支援給付金を受給したいので、下記のとおり申請します。支援給付金は、下記口座へ振り込んでください。

なお、代表者、役員又は使用人その他の従業員若しくは構成員等が暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成３年法律第 77 号）第２条第６号に規定する暴力団員に該当せず、また、上記の暴力団員が経営に事実上参画していないことを誓います。

今後も事業を継続していく意思があること、本申請の内容に虚偽がないことを誓います。虚偽が判明した場合は、支援給付金の返還等に応じます。

年　　月　　日

申請事業者

事業所所在地 （店舗等の住所）	
会社名・屋号	
代表者職氏名	印
電　話　番　号	

嘉手納町長　殿

請求額　：　100,000 円

申請事業者の情報等	中小企業者であることの確認等	資本金 （又は出資金）		万円	常時雇用従業員数		人			
		業種				開業年月			年	月
	売上額の確認	基準月 （減少した月）	令和	年	月	比較月	平成 令和		年	月
		基準月 の売上（A）		円		比較月 の売上（B）				円
		売上減少率 （B－A）÷B×100		%						

口座情報	支払方法	口座振替	預金種別	１：普通預金　　２：当座預金
	金融機関名	銀行　　支店　・　本店		
	口座番号			
	フリガナ			
	口座 名義人			

※口座名義人は事業者本人の口座に限ります。（法人の場合は当該法人の口座）

嘉手納町使用欄

課長	係長	係	係

受付 No.　　決裁日　　年　　月　　日