

令和 年 月 日

阿賀町長 様

申請者 所在地
事業所名
代表者名 ⑩
電話番号

阿賀町経営持続支援特別給付金（均等給付分）交付申請書

次のとおり、阿賀町経営持続支援特別給付金（均等給付分）の交付を申請します。

記

- 1 交付申請額 100,000円
- 2 給付金の振込先

金融機関名	()支店	預金種類	普通・当座
口座番号			
(フリガナ)			
口座名義			

上記申請者は、当商工会の会員（又は加入申し込みを行なった者）であることを証明する。

商工会 会長

⑩

令和 年 月 日

阿賀町長 様

申請者 所在地
 事業所名
 代表者名 ⑩
 電話番号

阿賀町経営持続支援特別給付金（均等給付分）交付申請書

次のとおり、阿賀町経営持続支援特別給付金（均等給付分）の交付を申請します。

なお、下記商工会への加入申請に虚偽があった場合、又は加入申請後に会員とならなかった場合（やむを得ない理由なく会員となって概ね6ヶ月を経過しない退会を含む。）は、本給付金を返還することを誓約します。

記

1 交付申請額 100,000円

2 給付金の振込先

金融機関名	()支店	預金種類	普通・当座
口座番号			
(フリガナ)			
口座名義			

上記申請者は、当商工会の加入申し込みを行なった者であることを証明する。

商工会 会長 ⑩