

令和 年 月 日

阿賀町長 様

申請者 所在地
 事業所名
 代表者名
 電話番号

⑩

阿賀町経営持続支援特別給付金（減少率割給付分）交付申請書

次のとおり、阿賀町経営持続支援特別給付金（減少率割給付分）の交付を申請します。

記

1 交付申請額 _____ 円

2 月別売上額及び前年比売上減少率

| | 売上額 (円) | | 減少率 (%) | 備考 |
|----|---------|------------|---------|------|
| | 令和2年 | 平成31(令和元)年 | | |
| 1月 | | | | 参考記載 |
| 2月 | | | | 参考記載 |
| 3月 | | | | |
| 4月 | | | | |
| 5月 | | | | |

(減少率の算定については、小数点第2位を四捨五入し、小数点第1位まで記載すること。)

3 給付金の振込先 ※均等給付分と異なる場合に記入してください。

| | | | |
|--------|-------|------|-------|
| 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 | | | |

本申請にあたり、上記の記載内容に相違ありません。

なお、記載内容に虚偽があった場合は本給付金を返還することを誓約します。

申請者署名

(代表者が署名してください。)

商工会確認欄

Empty box for confirmation.