

様式第 2 号（第 6 条関係）

令和 年 月 日

高鍋町長 殿

郵便番号
住所又は所在地
商号又は名称
代表者名
印

高鍋町感染症対策営業時間短縮要請協力金事業支援金交付請求書

高鍋町感染症対策営業時間短縮要請協力金事業支援金について、下記のとおり請求します。

記

	百万	拾万	万	千	百	拾	円
					0	0	0

【振込先口座】

金 融 機 関 名		本店 支店 出張所
預 金 種 別	普通 ・ 当座 ・ その他（ ）	
口 座 番 号		
口 座 名 義 ※通帳記載のカタカナをそのまま転記してください。		

※ 事業所の開設者（申請書の提出者・請求者）と異なる法人や個人の口座には振り込めません。

※ 押印する印鑑：銀行印である必要はありませんが、シャチハタ等のスタンプ式の印鑑は不可です。申請書と同じ印鑑を使用してください。