

由布市事業復活支援一時金申請書兼請求書

次のとおり由布市事業復活支援一時金の交付を申請します。また、本申請の内容並びに関係書類について事実と相違のないこと及び申請資格を満たすことを誓約します。

由布市長 相馬 尊重 様

（該当する部分にチェックの上、必要事項を記入してください。）

		年 月 日
事業所名 法人：法人名 個人事業主：屋号		業 種
申請者名 法人：代表者名 個人事業主：氏名		連絡先(電話番号)
事業所所在地	〒 由布市	
法人：本店所在地 個人事業主：住所	<input type="checkbox"/> 上記事業所所在地と同じ <input type="checkbox"/> 上記以外（ ）	
本件責任者	<input type="checkbox"/> 上記申請者名と同じ <input type="checkbox"/> 氏名（ ） 連絡先（ ）	
本件担当者	<input type="checkbox"/> 上記申請者名と同じ ※押印を省略する場合、本人確認(身分証)が必要となります。 <input type="checkbox"/> 氏名（ ） 連絡先（ ）	

申請金額・区分	申請区分	<input type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人事業主
	受給金額(国)	円 ※事業復活支援金(国)の受給額を記載してください。
	市申請金額(今回請求額)	円 ※法人20万円、個人事業主10万円

振込先	金融機関名	支店	種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	口座番号	口座名義	(フリガナ)	

チェック	添付書類の確認項目
<input type="checkbox"/>	①振込口座の通帳の写し(支店名・口座番号・名義人等が確認できる箇所)
<input type="checkbox"/>	②事業復活支援金の振り込みのお知らせ(はがき)の写し ※住所が記載された面および申請番号、氏名、給付金額、振込口座が記載された面の両方をご提出ください。

※その他必要な場合は、追加書類の提出を求められることがあります。

チェック	誓約事項
<input type="checkbox"/>	市内で事業継続や雇用の維持を行う意思があります。
<input type="checkbox"/>	不正受給が判明した場合には、要綱に従い一時金の返還等を行います。
<input type="checkbox"/>	暴力団、暴力団員又はそれらと密接な関係を有す者ではありません。
<input type="checkbox"/>	一時金の支給に関する情報について、由布市が国よりデータの提供を受けることに同意します。