

新潟市感染拡大防止に向けた営業時間短縮協力金支給申請書

令和2年 5月 3日

(宛先) 新潟市長

所在地 **新潟市中央区古町通7番町1010番地**

法人名 **欧風居酒屋ル・フィル**

(個人は商号)

代表者名 **新潟 太郎**

(連絡先) 電話 **025 (211) 8650**

日中に連絡がつく電話番号をご記入ください。

新潟

新潟市感染拡大防止に向けた営業時間短縮協力金を受給し、申請書の記載事項に誓約し、お申し込みをさせていただきます。

個人事業主の場合は記入不要です。

押印してください。

1 申請者の情報

資本金又は出資金	万円	常時雇用する従業員数	2 人
申請者の種別	<input type="checkbox"/> 法人	法人番号	
	<input checked="" type="checkbox"/> 個人事業主	生年月日	昭和57年 5月 7日

2 対象施設の情報

対象施設が複数ある場合、2件目以降は「営業時間短縮要請等の市内対象施設一覧」(様式第2号)に記載してください。

基本情報	名称	欧風居酒屋ル・フィル
	所在地	新潟市 中央区古町通7番町1010番地
	電話番号	025-211-8650
業態等	細分類番号	申請受付要領別表2に掲げる細分類番号を記入してください。 7651

3 振込口座情報

通帳の口座番号がわかるページの写しを添付してください。

金融機関	市役所	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 金庫	<input type="checkbox"/> 農協 組合	るふる	本店(所)	<input type="checkbox"/> 支店(所)
預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 1 普通	2 当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7		
フリガナ	ニイガタ タロウ					
口座名義人	新潟 太郎					