

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 **株式会社市役所商事**

(個人は商号)

代表者名 **代表取締役 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。

代表取締役
新潟太郎

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するに当たって、以下の事項に誓約し、関係書類を添えて下記のとおり申請し、

法人の場合は代表者印を押印してください。

1 申請者の情報

資本金又は出資金	1000 万円		常時雇用する従業員数	12 人											
申請者の種別	<input checked="" type="checkbox"/> 法人	法人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3
	<input type="checkbox"/> 個人事業主	生年月日	年			月			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)	支店(所)				
預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 1 普通	<input type="checkbox"/> 2 当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
フリガナ	カ)シヤクシヨシヨウジ ダイヒョウトリシマリヤク ニイガタ タロウ									
口座名義人	株式会社市役所商事 代表取締役 新潟 太郎									