

--	--	--	--	--

(様式第1号①)

長崎県事業復活支援給付金申請書

令和 年 月 日

(あて先)長崎県知事 大石 賢吾 様

次のとおり長崎県事業復活支援給付金の給付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

【申請者】

本社所在地(個人事業主は住民票上の住所)	〒
法人名(屋号)	
代表者職・氏名	
業種	

振込先 ※振込口座通帳の見開き1ページ目の写しを提出してください。

金融機関名	
支店名等	
預金種別	1.普通 2.当座 (該当する方を○で囲んでください)
口座番号	(右づめで記入)
口座名義人 ※カタカナで記入して下さい	

(注1) ゆうちょ銀行の場合は、他金融機関からの振込の受取口座として利用する際の店名、店番、預金種目及び口座番号をご記入ください。

(注2) 旧十八銀行、旧親和銀行の通帳は十八親和銀行の通帳へ切り替えの上ご記入ください。

(注3) 申請者と口座名義人は同一をお願いします。異なる場合は委任状(任意様式)を必ず提出してください。

(発行責任者及び担当者)※代表者と同一の場合も漏れなくご記入ください。

発行責任者 _____ (連絡先 - -)

発行担当者 _____ (連絡先 - -)