

(宛先) 多賀城市長

経営環境変化対応資金連動型給付金交付請求書

年 月 日付け多賀城市指令第 号で交付決定兼額の確定の通知があったこのことについて、多賀城市経営環境変化対応資金連動型給付金交付要綱第8条第1項の規定により、下記のとおり請求します。

1 事業者

所在地	〒 985-8531		
	多賀城市中央2丁目1番1号		
事業者名 (個人事業主は氏名)	株式会社 ●●●		
代表者名 (職・氏名)	代表取締役 多賀城 太郎		
担当者	発行責任者 (フルネーム)	職・氏名 代表取締役 多賀城 太郎	電話番号 022-368-4204
	担当者 (フルネーム)	職・氏名 同上	電話番号 同上

2 請求額

	円	交付決定額をご記入ください。
--	---	----------------

3 振込先口座

金融機関名	名称	●●銀行				本支店名	●●支店				
	金融機関コード	0	0	0	0		店番	0	0	0	
口座種別	普通・当座	口座番号		0	0	0	0	0	0	※左詰で記載してください	
口座名義人(カナ)	カブシキガイシャ マルマルマル									※カタカナで記載してください	

※給付金受取口座の通帳見開きの写しを提出してください。

※法人は法人名義の振込口座、個人事業主は申請者本名義の口座を提出ください。

ネット銀行・当座預金等で通帳が無い場合も必ず口座番号・カナ名義が分かるものを提出ください。