

年 月 日

串間市長 島田 俊光 様

郵便番号
住所

商号又は名称

代表者名

串間市営業時間短縮要請協力金請求書

串間市営業時間短縮要請協力金について、下記のとおり請求します。

記

金 _____ 円

【振込先口座】

金融機関名		金融機関コード							(4桁)
本・支店名		支店コード							(3桁)
預金種別	1：普通 2：当座 (いずれかを○で囲んでください)	口座番号							(7桁)
フリガナ									
口座名義人									

- ※ 口座番号が6桁以下の場合、はじめに「0」を記載してください。
- ※ 必ず申請者名義の口座を指定してください（申請者が法人の場合は当該法人の口座に、個人事業者の場合は当該個人の口座に限ります）。
- ※ 請求者名を自署（自筆記入）していない場合は、代表者印の押印が必要です。（申請書で押印したはんこと同一のもので押印してください。）