

安城市長

安城市新型コロナウイルス感染症対策理容業・美容業休業協力金交付申請書 (請求書)

安城市新型コロナウイルス感染症対策理容業・美容業休業協力金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。なお、下記の申請内容については、事実と相違ありません。

記

1 申請 (開設) 者

フリガナ													
申請 (開設) 者氏名 (法人にあっては 名称及び代表者職・氏名)													
申請 (開設) 者住所 (本人確認書類に記載された住所)	〒												
	連絡先電話番号 ()						※日中連絡できる番号						

2 該当する交付要件

休業した期間 4月25日(土)に営業した場合は □にチェック☑をしてください。→	自身が開設の届出をした全ての施設について、令和2年4月25日(土)～令和2年5月6日(水)までの全期間において、休業しました。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 4月25日(土)は必要最低限の営業を実施しました。
添付書類確認欄 添付漏れがある場合交付できません	①誓約書②直近の確定申告書等③本人確認書類(運転免許証等)の写し ④休業の告知、通知(写真等)⑤通帳又はキャッシュカードの写し

3 申請 (請求) する金額

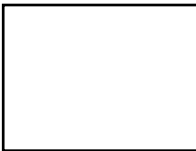
金 100,000円

4 振込先口座

振込口座	金融機関名						店舗名						
	銀行・信用金庫 信用組合・農協						本店・支店 支所・出張所						
金融機関コード						←銀行コード						←支店コード	
預金種別	<input type="checkbox"/> 1 普通		<input type="checkbox"/> 2 当座		←該当する預金種別に☑								
口座番号 (右詰め)													
口座名義人 (カナ) 30字を超える場合、30字まで記入してください。													
口座名義人 (漢字)													

<備考>

- 愛知県理容生活衛生同業組合・愛知県美容業生活衛生同業組合に加盟している事業者は、この請求書では請求できません。加盟の組合にお問合せください。
- 「振込先口座」は申請者と同一名義の口座としてください。ゆうちょ銀行を記載する場合は、「振込用の店名・預金種別・口座番号(通帳見開き下部に記載の7桁の番号)を記入してください。
- 安城市新型コロナウイルス感染症対策理容業・美容業休業協力金交付要綱第4条を確認の上、必要な書類を添付してください。
- この申請書は、安城市において交付決定した後は、休業協力金の請求書として取り扱います。
- 押印は不要です。



事務局使用欄	書類			決定		振込	
--------	----	--	--	----	--	----	--

○県内に所在する店舗一覧（複数店舗ある場合、2以降に記入。）

1	店舗名 ※県内で申請者が開設の届出を行っている理容所又は美容所のうち、主たる店舗		確認番号
	施設の種類	理容所 ・ 美容所 ・ 両方	
	上記店舗所在地（住所）	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

1以外の店舗については、下記に記載してください。

2	店舗名		確認番号
	施設の種類	理容所 ・ 美容所 ・ 両方	
	上記店舗所在地（住所）	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

3	店舗名		確認番号
	施設の種類	理容所 ・ 美容所 ・ 両方	
	上記店舗所在地（住所）	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

4	店舗名		確認番号
	施設の種類	理容所 ・ 美容所 ・ 両方	
	上記店舗所在地（住所）	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

申請書類の送付先

○郵送

〒460-8501（住所不要）

愛知県 保健医療局生活衛生部生活衛生課

（愛知県新型コロナウイルス感染症対策）理容業・美容業休業協力金担当 宛

○別表1の必要添付書類は、県と安城市で併せて1部提出してください。

※この様式に書き切れない場合は別の申請書の裏面のみに記入し、ホチキス等で留めてください。

担当者名(法人の場合のみ)	
---------------	--