

大治町長 殿

大治町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）

大治町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、同交付要綱第4条の規定により、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）		印 <input type="checkbox"/>
申請（開設）者住所 （本人確認書類に記載された住所）	〒	<input type="checkbox"/>
電話番号（左詰め） 日中連絡できる番号を記載してください。		<input type="checkbox"/>

2 該当する交付要件

休業した期間 4月25日（土）に限り、必要最低限の営業した場合は、下段の口にもチェック☑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。 □ はい □ 4月25日（土）は必要最低限の営業を実施しました。	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>

3 申請（請求）する金額

金 100,000 円

文字削除

文字追加

捨印

4 振込先口座

振込口座	金融機関名	店舗名	<input type="checkbox"/>
	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	<input type="checkbox"/>
預金種別	□ 1 普通 □ 2 当座 ←該当する預金種別に☑		<input type="checkbox"/>
口座番号（右詰め）	口座番号は7ケタで記入してください		<input type="checkbox"/>
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。			<input type="checkbox"/>
口座名義人（漢字）			<input type="checkbox"/>

<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。加盟の組合にお問い合わせください。

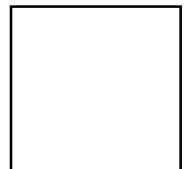
○太枠内を記入してください。最右欄の「□」については大治町が使用しますので記入しないでください。

○「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。

○別表1の必要書類一覧を確認の上、必要な書類を添付してください。

○この申請書は、大治町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。

○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）	〒 -	

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）	〒 -	

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）	〒 -	

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）	〒 -	

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

下線部省略可

○別表1の必要添付書類は、県と市町村で併せて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)	
---------------	--