

**【記入方法の問合せ先】**  
 富山県飲食業関連事業者支援給付金コールセンター  
 電話番号:076-444-4155 (受付時間:午前9時~午後5時)

令和 3 年 月 日

富山県知事 様

住所 (法人:主たる事務所 個人事業主:自宅の所在地)	〒		
申請事業者氏名 (法人名又は個人事業者名)  押印 (法人:代表者印(丸印) 個人事業者:認印)	フリガナ		
	名称		
	代表者役職		
	フリガナ		
申請書類の作成担当者・連絡先 (不備があった場合の連絡先)	[フリガナ] 氏名	電話	
		携帯電話	
		代表者氏名	(印)

**富山県飲食業関連事業者支援給付金申請書**

次のとおり富山県飲食業関連事業者支援給付金の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

1 給付金申請額

金 20 万円

2 申請事業者

※□がある場合、該当するものにチェック☑をお願いします。

事業者の区分	<input type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人事業主										
法人番号 (法人のみ)											
時短した飲食店名※1 と主な取引内容											
振込先					銀行・金庫・組合 農協・漁協				本店・支店・出張所 本所・支所		
	金融機関コード※2				支店コード※1						
	店番 ゆうちょ銀行の 場合のみ記入				預金種類				普通		当座
	口座番号※3										
	フリガナ 口座名義										

※1 時短した飲食店の取引先のうち、主な1店舗のみ記入してください。  
 ※2 金融機関コード、支店コードが分かる場合は記載をお願いします。  
 ※3 口座番号が6桁以下の場合、始めに「0」を記載してください。  
 (記入いただいた情報は本給付金に関する業務にのみ使用します。)

受付欄 (記入不要)

