

知多市長 殿

知多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兼請求書

知多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、知多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"/>
住所コード (市で使用します。記入不要)		<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。	<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		本店・支店			
	信用組合・農協		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	<input type="checkbox"/> 1 普通	<input type="checkbox"/> 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「□」については知多市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、知多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。

○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)	
---------------	--