

(様式第8号)

明和町事業継続力強化対策支援金精算払請求書

令和 年 月 日

明和町商工会 会長 あて

申請者

郵便番号 515-  
住所又は所在地 明和町  
名 称  
代表者氏名

印

明和町事業継続力強化対策支援金を次のとおり請求いたします

1. 請求金額 円

2. 振込口座 金融機関名  
支 店 名  
預 金 種 別  
口 座 番 号  
口座名義人  
フリガナ

※上記の6項目が記載された預金口座等が確認できる預金通帳のページと、通帳の表紙のコピーの2点を必ず添付してください

※当座の場合は当座勘定照合表のコピーを添付してください

※ネット銀行の場合は預金口座が確認できる画面のスクリーンショットを添付してください