別記第１号様式（第５条関係）

砂川市中小企業飲食業等雇用継続支援給付金申請書

　　　年　　月　　日

砂　川　市　長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　郵便番号　〒　　　　　－

住　　所

氏　　名

電話番号　　　　　－　　　　　－

※法人にあっては、主たる事務所の所在地、その名称及び代表者氏名

砂川市中小企業飲食業等雇用継続支援給付金の支給を受けたいので、砂川市中小企業飲食業等雇用継続支援給付金事業実施要綱第５条第１項の規定に基づき、次のとおり申請します。

１　申請金額　　　　金　　　　　　　　　　　　円

２　社会保険又は雇用保険に加入している従業員数

□　６人以上２０人以下

□　２１人以上

※令和３年９月１日現在において社会保険又は雇用保険に加入している従業員数にチェックしてください。

３ 添付書類

（１）令和３年９月１日現在の従業員数及び社会保険又は雇用保険の加入状況が確認できる書類

（２）砂川市中小企業飲食業等雇用継続支援給付金申請に係る誓約書兼承諾書（別記第２号様式）

（３）給付金の振込口座の番号がわかる金融機関の通帳の写し等の書類