

様式第4号（第5条関係）

年 月 日

小鹿野町長 様

所在地

名 称

代表者

⑩

連絡先

新型コロナウイルス感染症対策福祉サービス事業所給付金請求書

年 月 日付け 第 号で給付金の給付決定通知を受けた新型コロナウイルス感染症対策福祉サービス事業所給付金について、下記のとおり請求します。

記

1 給付金請求額 金 円

2 給付金決定額 金 円

3 給付金振込先

(1) 金融機関名 銀行 本・支店

(2) 口座種別 普通・当座

(3) 口座番号

(4) 口座名義 フリガナ