様式第１号（第４条関係）

（医療施設・保育所用）

大任町応援給付金（事業所）支給申請書兼受領書

令和２年　　月　　日

大任町長　　殿

**①支給対象者**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名・代表者名 | 事業所所在地 |
| 大任町大字　大行事  　　　　　　今任原 |
| ㊞ |
| 電話番号  　　（　　　　　　） |

**◎裏面の事項に誓約の上、給付金を申請いたします。**

**②給付金申請額　　　金　３００，０００　円**

受　　　領　　　書

令和　　　年　　　月　　　日

　　私は、大任町応援給付金（事業所）として、

　　　　　　　　　　　**金　３００，０００　円**を受領いたしました。

　　　　　（事業所名・代表者名）

‥‥‥‥切‥り‥取‥り‥線‥‥（こちらで切り取りますので切り離さないでください）‥‥‥‥‥‥

大任町応援給付金（事業所）支給証明書

令和　　　年　　　月　　　日

　様

上記給付金として、金　３００，０００　円を支給したことを証明します。

大任町長　　永　原　譲　二

誓　約　事　項

　　「大任町応援給付金（事業所）」の給付を受けようとする事業者の方は、以下の事項について、誓約いただく必要があります。

　①申請にかかる提出書類において、記載内容は事実と相違ありません。

　②大任町から検査・報告・是正のための措置の求めがあった場合は、これに応じます。

　③この給付金が課税対象になることに同意します。

　④大任町暴力団排除条例に規定する暴力団及び暴力団員ではありません。また、暴力団員が役員ではなく、暴力団又は暴力団員の利益となる活動を行っておらず、密接な関係を有しません

　⑤申請内容に虚偽が判明した場合は、給付金の全額返還に応じます。

　⑥大任町から事業所確認書類の求めがあった場合は、これに応じます。

　・この証明書は、確定申告をする際に使用してください。

　・紛失された場合、再発行は出来ません。