様式第１の２（第６条関係）　　　　　　　　　　　　　　　　（在勤者用）

受付番号

大口町リフレッシュ・リゾート施設利用助成金交付申請書

年　　月　　日

大口町長　　　　　　　様

申請者　住所

(代表)　氏名

連絡先

下記のとおり大口町リフレッシュ・リゾート施設助成金の交付を申請します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用年月日 | 年　　月　　日（　　） | | | |
| 利用施設名 |  | | | |
| 助成対象者 | 氏　　名 | 生年月日 | 年齢 | 続柄 |
|  | 年　　月　　日 |  | 申請者 |
|  | 年　　月　　日 |  |  |
|  | 年　　月　　日 |  |  |
|  | 年　　月　　日 |  |  |
|  | 年　　月　　日 |  |  |
| 助成申請金額　　　　　　　　　　　　　　　　円 | | | | |

　※助成対象者欄が不足する場合は、別紙で作成し添付してください。

（在勤中の事業所）

上記申請者は、当事業所に　　年間（勤務期間　　年　　月　　日～　　年

　　月　　日）勤務し、在勤中であることを証明します。

　　　　　年　　月　　日　　　　　事業所所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所代表者名

（以前の事業所）

上記申請者は、当事業所に　　年間（勤務期間　　年　　月　　日～　　年

　　月　　日）勤務していたことを証明します。

　　　　　年　　月　　日　　　　　事業所所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所代表者名

　※３か所以上、勤務した場合は別紙にて証明願います。