

様式第1の2 (第6条関係)

(事業所用)

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

住所

申請者 氏名

(代表者) 電話

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	住 所	氏 名	生年月日	続柄	年令
助成申請金額			円		

上記申請者は、当事業所に10年以上勤務し、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

㊟