

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 印

(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 印

※ 3 か所以上、勤務した場合は別紙にて証明願います。