



コロナに負けん！チーム佐川
減収応援給付金（その2）申請書

令和 年 月 日

佐川町社会福祉協議会会長

申請者

住所:佐川町

氏名

印

日中連絡の取れる電話等

連絡先

申請額 30,000円

裏面記載のコロナに負けん！チーム佐川・給与減収応援給付金(その2)給付規程第7条の宣誓事項の宣誓を行い、コロナに負けん！チーム佐川・給与減収応援給付金を申請します。

【同意事項】

<input type="checkbox"/>	必要に応じ給与等支払証明書記載事業所に問合せを行うことに同意します。
<input type="checkbox"/>	佐川町に住所を有しており、必要に応じて確認されること及び資料提供することに同意します。
<input type="checkbox"/>	裏面「コロナに負けん！チーム佐川・給与減収応援給付金（その2）給付規程」記載事項について理解のうえ、同意します。

【振込先口座】 *本人名義の口座をご記入ください。

金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行協信用金庫 <input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行 <small>*ゆうちょの場合、通帳見開き下段の銀行使用欄に記載の店名・店番・預金種目・口座番号でご記入ください。</small>
本・支店名 本・支所名	
預金種類	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 総合口座 <input type="checkbox"/> 当座預金
口座番号	
フリガナ	
口座名義	

【添付書類】

- 給与支払証明書
- 預金通帳(名義、口座番号がわかる見開きページ)の写し
- 身分証明書の写し
(運転免許証、パスポート、マイナンバーカード、健康保険証)

【事務局使用欄】

会長	局長	総務主任	担当	受付