

令和2年度 松江市宿泊事業者等緊急支援給付金 交付申請書

令和 年 月 日

一般社団法人 松江観光協会 会長 様

郵便番号	〒
所在地	
社名・団体名及び 代表者氏名 (記名押印)	印

<連絡先>

担当者氏名	
電話番号	
FAX番号(任意)	
メールアドレス	

交付申請にあたり暴力団員又は暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有する者を関与させないことを誓約します。また、交付申請内容について(一社)松江観光協会が保健所への照会を行うことに同意します。

記

支援給付金を希望する 施設名・客室数・金額	施設名	客室数	該当金額に○		
				50万	30万
			50万	30万	10万
			50万	30万	10万
			50万	30万	10万
			50万	30万	10万
給付合計額	万円 (※同一法人100万円上限)				
振込先	金融機関名：				
	支店名：		支店	種別：	普通 当座
	口座番号				
	(フリガナ)				
	口座名義				
その他特記事項	※昨年創業、一時休業期間がある場合など				

観光振興推進のために今後、当協会より資料の送付やアンケートへの協力に同意します

↑ 今後さらなる支援策検討のため、ご協力いただける場合はをお願いいたします。