

令和 6 年 月 日

(宛先) 山形市長

申請者 住 所 〒

氏 名

電話番号 ()

※日中連絡がとれる番号

(自動車運転代行業者のみ)

屋 号

山形市タクシー事業者及び自動車運転代行業者支援給付金給付申請書

次のとおり山形市タクシー事業者及び自動車運転代行業者支援給付金の給付を受けたいので、令和5年度第2回山形市タクシー事業者及び自動車運転代行業者支援給付金給付要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。なお、登録車両台数について市が関係機関に確認することについて同意し、この申請内容について虚偽がある場合については給付金の受給を辞退します。

1 給付申請額

 $100,000円 + (10,000円 \times \underline{\hspace{2cm}}台) = \underline{\hspace{2cm}}円 (A)$ 給付申請額 円 (上記 (A) と 400,000円のいずれか少ない額)

2 事業に関する事項

営業所所在地	山形市
本社所在地 (法人のみ)	山形市

給付金振込口座に関する事項

給付金の振込口座について (下記に該当する場合はチェック欄 (□) に『✓』を入れてください。)

前回指定した口座 (令和5年度山形市タクシー事業者及び自動車運転代行業者支援給付金の振込口座) と同じ口座を指定します。

※チェックしない場合 (前回の指定口座と異なる口座を指定する場合) は、振込先金融機関口座の通帳の写し (金融機関名、支店名、口座種別、口座番号、口座名義 (フリガナ) が確認できる部分 (表紙ではなく見開きの部分など)) を提出してください。

※チェックする場合 (前回の指定口座を指定する場合) は、振込先金融機関口座の通帳の写しの提出は不要です。

【整理番号: 】