

夕張市長 厚谷 司 様

住所・所在地 〒 _____
夕張市 _____

法人名 _____

代表者の職・氏名 _____ 印
(連絡担当者氏名) _____

電話番号 _____

夕張市自動車運送事業者経営等支援給付金交付申請書

夕張市自動車運送事業者経営等支援給付金の交付を受けたいので、夕張市自動車運送事業者経営等支援給付金交付要綱第4条の規定により、下記のとおり申請します。

記

1. 事業区分（該当する事業の□に✓を入れてください。）

- 旅客自動車運送事業 貨物自動車運送事業

2. 事業用車両内訳

区 分	台 数
大型・中型自動車	台
上記以外の普通自動車等	台

3. 添付資料（添付をご確認の上、□に✓を入れて下さい。）

- 旅客自動車運送事業または貨物自動車運送事業に係る許可または届出内容が分かる書類の写し等
- 給付金を受けようとする事業用車両の車検証の写し
- 給付金振込先口座が確認できる通帳等の写し
- 本人確認書類の写し（個人事業主のみ） ※ 運転免許証、マイナンバーカード、パスポート等

4. 誓約及び同意（下記を誓約及び同意いただける場合は、□に✓を入れて下さい。）

- 夕張市自動車運送事業者経営等支援給付金交付要綱第2条の規定に該当することを誓約します。
- 審査に当たって、市が市税等の納付状況を調査することに同意します。
- 夕張市自動車運送事業者経営等支援給付金交付要綱第6条で規定する書類を、給付を受けた日の属する会計年度の終了後5年間保存します。

上記の規定に該当しないことが判明した場合、給付金を返還していただきます。

5. 給付金振込先口座（代表者名義の口座）

金融機関名		支店名		区分	普通・当座
口座番号		(フリガナ) 口座名義人			