

佐賀県知事 様

所在地郵便番号	〒 ー		
所在地住所 ※ここに記載の住所に交付決定の通知を送付いたします。			
フリガナ			
名称 ※法人の場合は法人名、個人の場合は店舗名(屋号等)			
代表者 役職名 ※法人のみ記載してください。		フリガナ	
		代表者氏名	
代表者の生年月日 (和 暦)	大正・昭和・平成 年 月 日		
連絡担当者名		担当者電話番号	
		担当者 E-mail	

佐賀県からの要請に応じ、すべての期間、以下のとおり営業時間を短縮(休業を含む)しましたので申請します

申請する施設数 (テナント数ではありません)	施設	申請金額 (各施設の協力金合計額を記入)	円
---------------------------	----	-------------------------	---

施設ごとの内訳		
	(フリガナ) 施設名(屋号等)	申請金額(※)
1		円
2		円
3		円
4		円
5		円

※ 協力金計算書で算出した協力金額を記入

県では、行政事務全般から暴力団等を排除するため、申請の際に暴力団でない旨の誓約をお願いしています。なお、内容確認のために佐賀県警察本部へ照会を行います。

この申請書の提出に伴い収集した個人情報は、佐賀県時短要請協力金の交付事務及び誓約事項の確認のために使用し、それ以外の目的に使用することはありません。なお、県における個人情報の取扱いについては、佐賀県プライバシーポリシー及び行動プログラムで定めております。