

様式 1

2021 年 6 月 16 日

## “佐賀支え愛”感染対策認証申請書

佐賀県知事 様

申請者住所

(法人、団体の場合は事務所所在地)

(申請者) 郵便番号 000 - 0000住 所 佐賀県佐賀市大和町 1-2-3(フリガナ) サガ タロウ氏 名 佐賀 太郎

(法人・団体については、法人・団体の名称及び代表者の役職・氏名)

(連絡担当者) 担当者名 佐賀 花子 電話番号 080-0000-0000電子メール hanako@saga.co.jp※連絡担当者あてに現地調査の日程調整等の連絡いたしますので、  
日中連絡可能な連絡先を記載してください。“佐賀支え愛”感染対策認証制度の認証を受けたいので、“佐賀支え愛”  
条の規定により、下記のとおり申請します。

また、“佐賀支え愛”感染対策認証店支援金の交付についても併せて申請します。

書類に不備があった際の連絡先

※日中連絡可能な連絡先

店舗の住所・電話番号

記

認 証 対 象 施 設 ( 店 舗 )	(フリガナ) 名 称	サガショクドウ 佐賀食堂
	所 在 地	〒 123 - 4567 佐賀県佐賀市駅前中央 1234
	店 舗 電 話 番 号	0952 - 00 - 0000
現 地 調 査 希 望 日	希 望 曜 日	月・火・水・木・金・いずれも可
	希 望 時 間 帯	午前/午後 10時～16時の間・いずれも可

※複数店舗運営をされている場合、1店舗ずつ申請してください。

現地調査を希望する曜日に○を付け、希望時間帯を記入してください。

現地調査は1時間程度を予定しており、訪問時間は原則10:00～18:00となります。

※この申請書の提出に伴い収集した個人情報は、“佐賀支え愛”感染対策認証制度の認証及び支援金の交付事務のために使用し、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。

また、申請に係る一切の費用は申請者の負担とし、申請書及びその添付書類については返還いたしませんのでご注意ください。

暴力団等でない旨の誓約の内容確認のために佐賀県警察本部へ照会を行います。

誓 約 書

私は、“佐賀支え愛”感染対策認証制度及び認証店支援金に係る申請を行うに当たり、下記の内容について誓約します。

記

- ✓対象要件を全て満たしています。
- ✓“佐賀支え愛”感染対策認証申請書に記載した事項及び提出書類について、事実と相違ありません。
- ✓認証の審査に必要な現地調査等について、これに応じます。
- ✓認証を受けた対象店舗の情報を県ホームページ等で公表されることに同意します。
- ✓虚偽や不正等が判明した場合は、支援金の返還に応じるとともに、加算金の支払に応じます。また、事業者名、対象店舗等の情報を公表されることに同意します。
- ✓佐賀県から検査・報告の求めがあった場合は、これに応じます。
- ✓申請時点で倒産又は廃業していません。
- ✓店舗の代表者等であり、申請店舗を運営しています。
- ✓自己又は自社若しくは自社の役員等が、次のいずれにも該当する者ではありません。また、次に掲げる者が、その経営に実質的に関与している法人その他の団体又は個人ではありません。
  - ア 暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第2号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）
  - イ 暴力団員（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第2条第6号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）
  - ウ 暴力団員でなくなった日から5年を経過しない者
  - エ 自己、自社若しくは第三者の不正な利益を図る目的又は第三者に損害を与える目的をもって暴力団又は暴力団員を利用している者
  - オ 暴力団又は暴力団員に対して資金等を提供し、又は便宜を供与するなど、直接的若しくは積極的に暴力団の維持運営に協力し、又は関与している者
  - カ 暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有している者
  - キ 暴力団又は暴力団員であることを知りながらこれらを利用している者

氏名は必ず手書きで自署

以上

令和 3 年 6 月 16 日

佐賀県知事 様

〔 法人、団体にあつては事務所所在地 〕

住 所 佐賀県佐賀市大和町 1-2-3

〔 法人、団体にあつては法人・団体名、代表者名 〕

(ふりがな) さが たろう  
氏 名 佐賀 太郎

生年月日 (明治・大正・昭利・平成) 45 年 5 月 5 日

法人の代表者又は個人事業者が自署してください。

## 振込先口座申出書

令和 3 年 6 月 16 日

佐賀県知事 様

佐賀県から私に支払われる『“佐賀支え愛”感染

申請者住所・氏名  
(法人の場合は、法人名及び代表者職・氏名)

申請者 (法人の場合は、法人名及び代表者職・氏名)

住所 000-0000

佐賀県佐賀市大和町1-2-3

氏名

佐賀 タロウ

口座情報誤りの場合の問い合わせ先

(☎ 080 - 0000 - 0000、担当者:佐賀花子)

※日中に連絡可能な電話番号を記載してください。

日中に連絡可能な連絡先

振込先金融機関名	本・支店名	預金種別	口座番号(右詰めで記入)
佐賀 銀行・信用金庫 信用組合・農協 労働金庫	佐賀 本店 支店	普通・当座 (○をつけてください)	0 0 0 0 0 0 0 0
受取口座名義人(カタカナ) 30文字以内			
サカ、タロウ			

※金融機関名・支店名・預金種別・口座番号・口座名義は預金通帳等で必ず確認してください。(通帳の写しを添付してください。)

※株式会社はカ)、有限会社はユ)など法人種類は略称でかまいません。

※口座情報に誤りがあった場合、支援金のお支払いが遅延する可能性があります。

※振込先の口座は依頼人ご本人の口座に限ります。(法人の場合は当該法

※振込先金融機関がゆうちょ銀行の場合、支店名は店番(3桁数字)を記入してください。

振込先口座情報  
(添付する通帳の写しと同じもの)

※以下、佐賀県使用欄につき記入しないでください。

振込指定日	月	日
依頼人名	サガケンニンシヨウシエンキン	

口座振替依頼書

共通連番: ( )

下記のとおりお支払いください。

令和 年 月 日

株式会社佐賀銀行 御中

佐賀県産業労働部 産業政策課長

口座振替先	金額(円)
当紙振込先口座申出書のとおり	¥ 1 5 0 0 0 0

検印

## 口座振替済書

当紙口座振替依頼書のとおり支払いました。

令和 年 月 日

佐賀県産業労働部 産業政策課長 様

株式会社 佐賀銀行