

岬町創業支援利子補給金交付申請書

年 月 日

岬町長 様

申請者 住所  
 事業者名又は団体名  
 代表者氏名  
 電話番号

岬町創業支援利子補給金を受けたいので、岬町創業支援利子補給金交付要綱第5条の規定により申請します。

記

補助事業の目的	岬町創業支援利子補給金	
借入金融機関名		
借入日	年 月 日	
借入期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
補助対象期間	年 月 ~ 年 月	
借入額	円	/
補助対象額	円 (a)	(a)※上限500万円
上記対象期間内に支払う利子額	円 (b)	(a)に対する利子額
補助率	1.0% / % (c)	/
交付申請額	円	(b)×(c)※千円未満切り捨て

備考

- 1 岬町創業支援利子補給金交付申請書は、借入日から起算して60日以内に提出してください。
- 2 次に掲げる書類を添付してください。
  - (1) 金銭消費貸借証書の写し
  - (2) 借入に係る利子支払額の償還表
  - (3) 同意書
  - (4) 誓約書
  - (5) その他町長が必要と認める書類

同 意 書

年 月 日

岬町長 様

申請者 住所  
 事業者名又は団体名  
 代表者氏名  
 電話番号

岬町創業支援利子補給金の交付を受けるに当たり、岬町職員が私及び私の属する世帯における納付状況を調査（照会）することに同意します。

また、調査（照会）の結果、未納付があったときは、補助金が不交付となっても異議ありません。

調査（照会）に同意する世帯の構成

	氏 名	続 柄		氏 名	続 柄
1		世帯主	6		
2			7		
3			8		
4			9		
5			10		

※提出いただいた個人情報は、厳重に管理し、本事業以外の目的に使用しません。

※以下の記入は不要です。

申請書と住民基本台帳の相違の有無確認欄		町税の滞納の有無確認欄	
有 ・ 無	(担当確認印)	有 ・ 無	(担当確認印)
国民健康保険料の滞納の有無確認欄		介護保険料の滞納の有無確認欄	
有 ・ 無	(担当確認印)	有 ・ 無	(担当確認印)
後期高齢者医療保険料の滞納の有無確認欄		保育料の滞納の有無確認欄	
有 ・ 無	(担当確認印)	有 ・ 無	(担当確認印)
下水道使用料の滞納の有無確認欄			
有 ・ 無	(担当確認印)		

様式第3号（第5条関係）

誓 約 書

年 月 日

岬町長

様

申請者 住所  
事業者名又は団体名  
代表者氏名  
電話番号

私は、岬町創業支援利子補給金の交付申請に当たり、岬町創業支援利子補給金交付要綱（以下「要綱」という。）第2条に定める補助対象者の要件を満たしていることを誓約します。

また、町長が要綱の規定に違反すると認める場合は、創業支援利子補給金の交付決定の取り消しに同意するとともに、既に交付を受けた創業支援利子補給金を返還することを誓約します。