

伊平屋村新型コロナウイルス感染症自宅療養者等支援金
交付申請書兼口座振替依頼書

申請日 令和 年 月 日

伊平屋村長殿

伊平屋村新型コロナウイルス感染症自宅療養者等支援金を受給したいので、下記のとおり申請します。

支援金は下記口座へ振り込んで下さい。

本支援金の申請にあたり、次の全ての事項について誓います。

- 申請書の内容に虚偽や不正があった場合、交付要件を満たしていないことが判明した場合は、支援金の返還等に応じます。
- 申請に当たって提出する書類の写しは、すべて原本と相違ありません。
- 交付要綱第3条に規定する交付額にかかる自宅療養期間を確認するため、直接聞き取りの他、各学校（小・中学校）保育所等へ児童生徒の登園・登校の出席状況の確認を行うことに同意したものとして意義を申し立てません。
- 申請にあたって伊平屋村暴力団排除条例第2条 第1号に規定する暴力団、同条第2号に規定する暴力団員に該当せず、また上記の暴力団等に事実上参画していないことを誓約します。

申請 事業 者 の 情 報 等	申請者	フリガナ										
		代表者氏名	印									
	申請者住所	〒	9	0	5	-	0	7	0			
		住所	沖縄県島尻郡 伊平屋村									
	生年月日	昭和・平成 年 月 日（ 歳）										
	電話番号											
	事業所または勤務業種	(本人)									(配偶者) ※任意	
	事業所または勤務先の住所	(本人)									(配偶者) ※任意	
自宅療養期間 □確認を伊平屋村に一任する。	制限期間								合計			
									日間			

口座 情報	支払方法	口座振替	預金種目	□普通 □当座		
	金融機関	フリガナ				
		名称	銀行		支店	
		支店コード				
	口座番号					
口座名義	フリガナ					
	名称					

※振込先の口座は依頼人ご本人の口座に限ります。

申請金額	円
------	---

※別紙「申請金額確認表」をご確認ください。

以下は、申請事務局のための欄なので、記入不要です。

伊平屋村役場					
受		審		決	
付		査		済	

上記内容に相違ないことを認めます。

伊平屋村役場 企画財政課長

■添付書類一覧（※添付要件は提出書類一覧・チェックリストを参照）

- (1) 本人確認書類の写し（運転免許証、保険証、パスポートなどいずれか）
- (2) 振込先口座の写し（口座番号、氏名が確認できる箇所）
- (3) 勤務の実態がわかる書類（労働条件通知書等）
※年次有給休暇、特別休暇等の有無を判断致します。
※上記、書類が取得困難な場合は「誓約書」の提出をお願いします。
- (4) 「申請者の情報等」の欄内の健康観察票で確認を希望するにしてください

添付書類(1)

申請者本人確認書類

写し貼り付け



・マイナンバーカード
(個人番号カード)



・運転免許証



・旅券
(パスポート)

添付書類(2)

振込先金融機関口座確認書類写し貼付け

通帳（口座番号が書かれた部分）のコピー
または
キャッシュカードのコピー 等

添付書類(3)

伊平屋村新型コロナウイルス感染症自宅療養者等支援金
交付申請書兼口座振替依頼書

申請日 令和 年 月 日

伊平屋村長
伊平屋村新型コロナウイルス感染症
支援金は下記

記入例

とおりに申請します。

本支援金の申請にあたり、次の全ての事項について誓います。

- 申請書の内容に虚偽や不正があった場合、交付要件を満たしていないことが判明した場合は、支援金の返還等に応じます。
- 申請に当たって提出する書類の写しは、すべて原本と相違ありません。
- 交付要綱第3条に規定する交付額にかかる自宅療養期間を確認するため、直接聞き取りの他、各学校（小・中学校）保育所等へ児童生徒の登園・登校の出席状況の確認を行うことに同意したものとして意義を申し立てません。
- 申請にあたって伊平屋村暴力団排除条例第2条 第1号に規定する暴力団、同条第2号に規定する暴力団員に該当せず、また上記の暴力団等に事実上参画していないことを誓約します。

申請事業者の 情報等	申請者	フリガナ	イヘヤ タロウ							
		代表者氏名	伊平屋 太郎 印							
	申請者住所	〒	9	0	5	-	0	7	0	1
		住所	沖縄県島尻郡 伊平屋村字田名〇〇〇番地							
	生年月日	昭和・平成 60年4月1日								
	電話番号	090-xxxx-xxxx								
	事業所または勤務業種	(本人)	農業			(配偶者) ※任意	農業			
	事業所または勤務先の住所	(本人)	伊平屋村字田名〇〇番地			(配偶者) ※任意	伊平屋村字田名〇〇番地			
	自宅療養期間 □確認を伊平屋村に一任する。	制限期間							合計	
令和4年4月1日 ~ 令和4年4月10日							10 日間			

日中連絡の取れる連絡先を記入して下さい。

配偶者は任意により記入してください。

口座 情報	※振込先の口座は依頼人 本人の口座に限ります		口座振替				預金種目 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		
	金融機関		沖縄県農業協同組合 銀行				伊平屋 支店		
	支店コード	1	5	9					
	口座番号	0	0	0	0	0	0	0	
口座名義	フリガナ	イヘヤ タロウ							
	名称	伊平屋 太郎							

※フリガナは通帳裏面の記載通りに転記してください。

※振込先の口座は依頼人ご本人の口座に限ります。

申請金額	64,000 円
------	----------

※別紙「申請金額確認表」をご確認ください。

自宅療養期間（最大10日間）×6,400円で申請金額を記入して下さい。

以下は、申請事務局のための欄なので、記入不要です。

伊平屋村役場				
受	審	決		
付	査	済		

上記内容に相違ないことを認めます。
伊平屋村役場 企画財政課長