（様式第１号）

　令和　　年　　月　　日

　福井県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　 所在地

申請者名

代表者 職氏名

スポットワーカー活用支援事業補助金申込書

　スポットワーカー活用支援事業補助金の交付対象となる事業を実施したいので、スポットワーカー活用支援事業補助金交付要領第５条第１項の規定により申し込みます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １　業種 |  |
| ２　事業実施予定時期 | 令和　年　　月　　日　～　令和　年　　月　　日 |
| ３　事業所名※事業所が複数ある場合は、列記ください。 |  |
| ４　事業所の所在地※事業所が複数ある場合は、列記ください。なお、福井県内に限る。 |  |
| ５　補助金交付希望額 | ○○○,○○○円 |

※１：補助金交付希望額は、１万円以上１０万円以下となるようにしてください。また、算定された額に１，０００円未満の端数が生じた場合にはこれを切り捨ててください。

【担当者氏名および連絡先】

担当者氏名：

TEL:

E-Mail：