

L P ガス価格高騰緊急支援給付金実績報告書兼交付申請書

一般社団法人島根県LPガス協会 会長 様

|                             |                                      |                            |        |  |
|-----------------------------|--------------------------------------|----------------------------|--------|--|
| <input type="checkbox"/> 個人 | <input type="checkbox"/> 法人 (個人経営含む) | ← 個人経営者は法人の欄にチェックを入れてください。 |        |  |
| 申請者                         | 郵便番号                                 | 〒                          |        |  |
|                             | 住所又は所在地                              |                            |        |  |
|                             | 氏名又は名称                               |                            |        |  |
|                             | 代表者名 (法人のみ)                          |                            |        |  |
|                             | 担当者名                                 |                            |        |  |
|                             | 電話番号                                 |                            | E-mail |  |

※以下の使用場所の欄は、市町村以下もできるだけ細かくご記入ください。使用場所が複数ある場合、使用量が最も多い場所を記入してください。

|        |                |  |
|--------|----------------|--|
| 主な使用場所 | 住所又は所在地        |  |
|        | 使用者名又は名称 (店舗名) |  |

島根県LPガス価格高騰緊急支援給付金について、島根県LPガス価格高騰緊急対策事業申請要領に基づき、下記のとおり給付金実績報告及び給付金交付申請をします。

記

1. 事前に了承いただきたい事項 ※確認のうえ、チェックをつけてください。

- 島根県税の滞納はありません。
- 暴力団等の反社会勢力との関係を有していません。
- 他のLPガス価格高騰にかかる支援や補助金等の交付を受けていません。
- 購入実績等について、LPガス価格高騰緊急対策事業事務センターから販売事業者を確認することに同意します。また、使用場所の現地確認を行う場合があることに同意します。

2. 実績報告及び交付申請

- ※ 各月のLPガス購入量がわかる請求書等を添付ください。請求書等を紛失した場合、ご契約のガス販売店へ相談してください。
- ※ 購入量はm<sup>3</sup>単位で記入ください。kg単位で購入している場合、「(様式第1号別紙1)換算表(プロパンガス用)」又は「(様式第1号別紙2)換算表(ブタンガス用)」を記入し添付してください。
- ※ 質量販売の方で、使用後の残量について販売事業者から返金を受ける場合は、その残量を差し引いた使用量部分が給付金の対象となりますのでご注意ください。なお給付金支給後、残量に対する返金を受けた場合は、給付金返還の対象となります。

(単位: m<sup>3</sup>・円)

| 購入月 | 購入量 (m <sup>3</sup> ) …… A            | 給付金額 (購入量 A × 16円)   |
|-----|---------------------------------------|--|
|     | ※小数点第一位まで。第二位以下切捨<br>※プロパンガス、ブタンガスの合計 | ※25m <sup>3</sup> 以下は一律400円 (0 m <sup>3</sup> は対象外のため0円)<br>※各月の上限は48万円<br>※小数点第一位以下切捨 |
| 1月  |                                       |  |
| 2月  |                                       |  |
| 3月  |                                       |  |
| 合計  |                                       |  |
| 申請額 |                                       | 円  |

使用量の証拠書類に関する注意事項

※申請者名称と請求書等の名義は一致している必要があります。  
異なる場合は、以下に申請者名と請求書等の名義の関係性の記載をしてください。

|                |  |
|----------------|--|
| 請求書等の名義        |  |
| 請求書住所 (使用場所住所) |  |
| 申請者との関係        |  |

3. 給付金振込口座

※ 通帳の表紙および表紙の裏面の写しを添付してください。

※ 通帳等をご確認いただき必要事項をご記入ください

|              |       |  |    |     |         |  |  |  |  |
|--------------|-------|--|----|-----|---------|--|--|--|--|
| (フリガナ) 金融機関名 |       |  |    |     | 金融機関コード |  |  |  |  |
| (フリガナ) 支店名   |       |  | 支店 | 出張所 | 支店コード   |  |  |  |  |
| 預金種別 (該当に○)  | 1. 普通 |  |    |     | 2. 当座   |  |  |  |  |
| 口座番号         |       |  |    |     |         |  |  |  |  |
| 口座名義 (カナ)    |       |  |    |     |         |  |  |  |  |
| 口座名義 (漢字)    |       |  |    |     |         |  |  |  |  |