

様式第5号（第12条関係）

市川市子育て世帯同居・近居スタート応援補助金協賛店舗等承認申込書

年 月 日

市川市長

申込者 所在地
名 称
代表者氏名

市川市子育て世帯同居・近居スタート応援補助金の協賛店舗等の承認を受けたいので、下記のとおり申し込みます。

記

店舗又は施設の名称	
店舗又は施設の所在地	
ホームページアドレス	
店舗又は施設の電話番号	
営業時間 (24時間表記)	
定休日	
駐車場の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 台）
提供するサービスの内容	
サービスを開始する日	
申込担当窓口	所 属 担 当 者 氏 名 電 話 番 号 メー ル ア ド レ ス F A X

店舗又は施設の 連絡先等	所 属
	担 当 者 氏 名
	電 話 番 号
	メールアドレス
	F A X