

実施予定期間	令和〇年〇〇月〇〇日 ～ 令和〇年〇〇月〇〇日	
支援業者に支払 予定の手数料額	¥ 4 5 0, 0 0 0 円（税抜）	
担 当 者	職・氏名	課長 〇〇 〇〇
	連絡先	電話 0 9 7 2-**-***** FAX 0 9 7 2-**-***** E-mail *****@*****

<添付書類>

- （１） 臼杵市事業者課題解決マッチング事業補助金に係る推薦書（様式第２号）
- （２） 市税完納証明書
- （３） 支援業者の情報が分かる書類
- （４） 支援業者に支払い予定の手数料額が確認できる書類
（見積書写し、課題解決に係る提案資料など）
- （５） 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類