

瀬戸内町時短要請協力金対象外事業者給付金申請書

令和 年 月 日

瀬戸内町長 鎌田 愛人 様

申請者 住所(店舗所在地) 瀬戸内町

事業所名:業種 _____ :

代表者役職・氏名 _____ 印

電話番号 _____

瀬戸内町新型コロナウイルス感染症の影響に伴う「瀬戸内町時短要請協力金対象外事業所給付金」の交付を下記のとおり申請します。

記

1. 売上高申告等(売上が20%以上減少した月及び対象とする年を記載する。)

令和3年(____月)の売上高(A) _____ 円

令和(____年____月~____月)の売上高 _____ 円

令和(____年)の平均売上高(B) _____ 円

売上高の減少率

{(B) - (A)} ÷ (B) × 100 _____ % ≥ 20%

(添付書類)

- ①売上高等の実績が確認できる書類(売上台帳等)の写し
- ②納税証明書
- ③最新の確定申告書、決算書等の写し
- ④比較する年の確定申告、決算書等の写し
- ⑤身分が証明できる書類の写し
- ⑥通帳見開き1ページ目の写し(振込希望者)

2. 支給金額の計算(※月平均売上及び算定額は1円未満切り捨て)

令和(____年)の売上高(C) _____ 円

同年の月平均売上{(C) ÷ ____カ月} (D) _____ 円

算定額{(D) × 10%} _____ 円

支給金額[下限20,000円、上限100,000円] _____ 円

(※1,000円未満切り捨て。事務局が記載します。)

3. 新型コロナウイルスの影響により売上が減少した理由

4. 支給方法(該当に○を記載)

ア. 振込 イ. 現金支給

振込先口座(銀行振込を希望する場合のみ記入。)

口座名義人(上段はフリガナ)

金融機関名	支店名	預金種別	口座番号
銀行	本店	普通	
信用金庫	支店	当座	
信用組合			

【同意及び誓約】

- ①本申請にあたり上記の記載内容に相違ありません。
- ②本申請の審査において、売上高の確認等について関係公簿の閲覧等により調べることに同意します。
- ③記載内容に虚偽があった場合は本給付金を返還することを誓約いたします。
- ④令和3年7月以前から事業収入を得ており、今後も事業継続の意思があります。

※代表者の署名をお願いします。 署名 _____