様式第１号（第４条関係）

　令和　　　年　　月　　日

香美市長　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称（法人名または屋号）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

香美市営業時間短縮要請対応臨時給付金給付申請書

　香美市営業時間短縮要請対応臨時給付金の給付を受けたいので、香美市営業時間短縮要請対応臨時給付金給付要綱第４条第１項の規定により関係書類を添えて申請します。

１　申請者情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者の情報 | 選択 | | | 法人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| □法人 | □個人事業者 | | 所在地 |  | | | | | | | | | | | | |
| 香美市内での事業開始年月 | | | | 年　　　　　月 | | | | | | | | | | | | |
| 業種 | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 以下法人のみ記入 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 中小法人で  あることの確認 | | 資本金  （又は出資金） | | | 万円 | | | 常時雇用する  従業員数 | | | | | 人 | | | |

２　振込先口座

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □金融機関名  （ゆうちょ銀行以外） | | | | 支店・支所名 | | | | □ゆうちょ銀行 | 店番 | 口座種別 |
|  | | | |  | | | |  |  | １．　普通  ２．　当座 |
| 口座番号 | | | | | | | | （フリガナ）  口座名義 | | |
|  |  |  |  | |  |  |  |  | | |

※振込先の口座は、申請者本人の口座に限ります。（法人の場合は、当該法人の口座に限ります。）

３　給付申請額及び積算根拠

（１）給付申請額　　　　　　　　　　　　　円（(2)積算根拠の①＋②＋③＋④を合計し、千円未満を切り捨てた額）

（２）積算根拠

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **５月分** | 売上減少率（いずれかに〇） | 20％以上30％未満　・　30％以上 |
| 売上減少額・・・**Ａ** | 円 |
| 県給付金額（売上減少率が30%以上の場合）・・・**Ｂ** | 円 |
| 正味売上減少額（Ａ－Ｂ）・・・**Ｃ** | 円 |
| Ｃまたは10万円のいずれか低い額 | 円・・・**①** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **６月分** | 売上減少率（いずれかに〇） | 20％以上30％未満　・　30％以上 |
| 売上減少額・・・**Ａ** | 円 |
| 県給付金額（売上減少率が30%以上の場合）・・・**Ｂ** | 円 |
| 正味売上減少額（Ａ－Ｂ）・・・**Ｃ** | 円 |
| Ｃまたは10万円のいずれか低い額 | 円・・・**②** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **８月分** | 売上減少率（いずれかに〇） | 20％以上30％未満　・　30％以上 |
| 売上減少額・・・**Ａ** | 円 |
| 県給付金額（売上減少率が30%以上の場合）・・・**Ｂ** | 円 |
| 正味売上減少額（Ａ－Ｂ）・・・**Ｃ** | 円 |
| Ｃまたは10万円のいずれか低い額 | 円・・・**③** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **９月分** | 売上減少率（いずれかに〇） | 20％以上30％未満　・　30％以上 |
| 売上減少額・・・**Ａ** | 円 |
| 県給付金額（売上減少率が30%以上の場合）・・・**Ｂ** | 円 |
| 正味売上減少額（Ａ－Ｂ）・・・**Ｃ** | 円 |
| Ｃまたは10万円のいずれか低い額 | 円・・・**④** |

４　申請要件該当理由　※（１）、（２）のどちらかに☑を入れ、内容を記入してください。

|  |
| --- |
| （１）□高知県営業時間短縮要請に伴い、営業時間を短縮した飲食店等と直接・間接の取引がある。  具体的な取引内容  高知県内の主な取引先について記載してください。（間接取引の場合は、①に間接取引先の内容を記載したうえで、②に最終の飲食店等の内容を記載してください。その際②の月間取引金額は空白でもかまいません。）  ①取引先名：　　　　　　　　　　　取引先住所：　　　　　　　　　　　月間取引金額：平均　　　　　　　　円  ②取引先名：　　　　　　　　　　　取引先住所：　　　　　　　　　　　月間取引金額：平均　　　　　　　　円 |
| （２）□高知県営業時間短縮要請や県の対応ステージの「特別警戒及び非常事態」への引き上げに伴う外出・移動の自粛により直接的・間接的な影響を受けた。  具体的な影響内容 |

５　添付書類

　　・誓約書

　　・高知県営業時間短縮要請による売上減少等の証明申請書

　　・高知県営業時間短縮要請対応臨時給付金給付決定通知書の写し（受給した方のみ）

・振込先口座の通帳の写し（法人の場合は法人名義、個人事業者の場合は申請者本人名義のもの）

　　・本人確認書類の写し（個人事業者のみ）

　　　※その他、別途指示するものについて、資料提出を求める場合があります