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