

記入例

様式第1号（第4条関係）

令和〇年〇月〇日

香美市長 様

法人：登記している住所
個人：納税地の住所

個人事業者は「屋号名」をご記入ください。
屋号がない場合は空欄でかまいません。

(申請者)

住所 香美市土佐山田町〇〇〇〇

名称（法人名または屋号） 株式会社 カミ

代表者職・氏名 代表取締役 香美 太郎 印

電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

書類に不備がある場合はご連絡させていただきます
ので、日中連絡がとれる連絡先をご記入ください。

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件を満たす。

香美市内にある事業所の所在地をご記入ください。
※農業者、フリーランス等の場合は住所をご記入ください

1

選択		住所番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4
<input checked="" type="checkbox"/> 法人	<input type="checkbox"/> 個人事業者	所在地	香美市・・・												
香美市内での事業開始年月		平成18年 3月													
業種		●●業													
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)	300 万円	常時雇用する 従業員数		10 人										

2 振込先口座

<input checked="" type="checkbox"/> 金融機関名 (ゆうちょ銀行以外)	支店・支所名	<input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行	店番	口座種別						
〇〇銀行	〇〇支店			1. 普通 2. 当座						
口座番号		(フリガナ) 口座名義								
1	2	3	4	5	6	7	カブシキガイシャ カミ ダイヒョウトリシマリヤク カミ タロウ 株式会社 カミ 代表取締役 香美 太郎			

※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 290,000 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○)	売上減少率と売上減少額は、添付書類の「売上減少等の証明申請書」をもとに記載してください。	20%以上 30%未満	30%以上
	売上減少額・・・A		250,000円	
	県給付金額 (売上減少率が30%未満の場合)			0円
	正味売上減少額 (A-B)・・・		250,000円	
	Cまたは10万円のいずれか低い額		100,000円・・・①	
6 月 分	売上減少率 (いずれかに○)		20%以上 30%未満	30%以上
	売上減少額・・・A		500,000円	
	県給付金額 (売上減少率が30%以上の場合)	売上減少率が30%以上の月は、県給付金額欄に数字が入ります。	250,000円	
	正味売上減少額 (A-B)・・・C		250,000円	
	Cまたは10万円のいずれか低い額		100,000円・・・②	
8 月 分	売上減少率 (いずれかに○)		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%未満の場合)	売上減少率が20%未満、又は30%以上であるが県の給付金によって売上減少額分が充足している場合は空欄にしてください。		円
	正味売上減少額 (A-B)・・・			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○)		20%以上 30%未満	30%以上
	売上減少額・・・A		340,400円	
	県給付金額 (売上減少率が30%以上の場合)・・・B		250,000円	
	正味売上減少額 (A-B)・・・C		90,400円	
	Cまたは10万円のいずれか低い額		90,400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

(例) 農業を営んでおり、飲食店と直接取引をしている。

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: 高知県高知市●●● 月間取引金額: 平均 150,000 円

②取引先名: ●●● 取引先住所: 高知県南国市●●● 月間取引金額: 平均 100,000 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

(例1) 外出・移動の自粛により、来客数が減少し、売上が減少した。

(例2) 特別警戒への引き上げに伴い、出店を予定していたイベントが中止となり、売上が減少した。

香美市営業時間短縮要請対応臨時給付金の申請に関する誓約書

私は、香美市営業時間短縮要請対応臨時給付金給付要綱に基づいて香美市営業時間短縮要請対応臨時給付金を申請するにあたり、下記の内容について誓約します。

記

- ①香美市営業時間短縮要請対応臨時給付金給付要綱で定めているすべての申請要件を満たしているとともに、申請書類の内容に虚偽や不正等はありません。
- ②給付金の申請に当たって提出する書類の写しはすべて、原本と相違ありません。
- ③給付要件の確認のために必要な税務情報等の公簿等の確認を行うことや必要な資料を他の行政機関等に求めることに同意します。
- ④香美市長から申請書類の内容に関して検査や報告の求めがあった場合は、これに応じます。
- ⑤高知県から新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のための事業を実施するために必要があるとして、香美市に情報提供（申請者情報、振込先等）の依頼があった場合の提供に同意します。
- ⑥申請者等（代表者のほか、役員又は使用人その他の従業員若しくは構成員等）が暴力団（香美市暴力団排除条例（平成22年香美市条例第51号）第2条第1号に規定する暴力団をいう。）又は暴力団員（同条第2号に規定する暴力団員をいう。）に該当しない、かつ、将来にわたっても該当しません。
- ⑦申請書類、内容等に関して虚偽や不正等が判明し、既に給付金の支給を受けているときは、給付金の返還と延滞金の支払いに応じます。
- ⑧その他、香美市営業時間短縮要請対応臨時給付金給付要綱の記載事項について理解のうえ、同意します。

香美市長 様

住所、名称、代表者職氏名の欄は必ず自署
でお願いします。ゴム印不可。

令和〇年〇月〇日

住所

名称（法人名又は屋号）

代表者職・氏名

※法人の代表者又は申請者本人が自署してください。（ゴム印不可）