

記入例

者が記入して下さい

香美市営業時間短縮要請対応臨時給付金

高知県営業時間短縮要請の影響による売上減少等の証明申請書

依頼日:令和〇年〇月〇日

〈認定経営革新等支援機関等〉

認定経営革新等支援機関の名称を記載してください

〇〇商工会様

所在地 香美市土佐山田町〇〇〇

法人名・屋号 株式会社 カミ

代表者氏名 代表取締役 香美 太郎

私は、高知県営業時間短縮要請により影響を受け、下記のとおり売上が減少しました。

つきましては、香美市営業時間短縮要請対応臨時給付金の申請のため、下記についての証明発行をお願いします。

記

売上とは、高知県内の事業所の事業収入を指します

令和3年5月売上高合計	1,000,000	円①
令和2年・令和元年(いずれかに〇)5月売上高合計	1,250,000	円②
売上高減少額②-①	250,000 円 (A)	売上減少率 (A) ÷ ② × 100 = 20.0 %
令和3年6月売上高合計	500,000	円①
令和2年・令和元年(いずれかに〇)6月	1,000,000	円②
売上高減少額②-①	500,000 円 (A)	売上減少率 (A) ÷ ② × 100 = 50.0 %
令和3年8月売上高合計		円①
令和2年・令和元年(いずれかに〇)		円②
売上高減少額②-①		② × 100 = %
令和3年9月売上高合計	790,000	円①
令和2年・令和元年(いずれかに〇)9月売上高合計	1,130,400	円②
売上高減少額②-①	340,400 円 (A)	売上減少率 (A) ÷ ② × 100 = 30.1 %

※減少率は小数点以下第2位切捨て第1位迄記載

申請のとおり、相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

ID番号(ない場合は登録番号等)	
名称	
(法人の場合)代表者の氏名	印
住所又は所在地	
電話番号	

(注1)証明申請にあたっては、売上の根拠となるものを認定支援機関等に提出して下さい。(任意様式)

(注2)本証明書は、香美市営業時間短縮要請対応臨時給付金の給付申請以外の目的では利用できません。