**川棚町事業継続支援給付金支給申請書（業歴１年未満）**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請日）令和３年　　月　　日

川棚町長　様

川棚町事業継続支援給付金の支給を受けるため、別紙誓約書（様式２）に同意のうえ、次のとおり申請します。

１．申請者の情報

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地・住所(※) | 〒　　　－　　　　 |
| 法人名 又は個人事業主名 |  | 代表者氏名（法人のみ） |  |
| 法人番号(法人のみ・13桁) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 連絡先の担当者名 |  | 日中に連絡が取れる電話番号 |  |

※　法人にあっては法人登記がある所在地を、個人事業主にあっては住民登録がある住所を記入してください。

２．該当要件及び業種の確認

①下記の給付要件のうち、該当するものに☑をしてください。

※　複数該当する場合でも、主なもの１つに☑をしてください。

※　☑をした項目の証明となる資料について、お手元に保管をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| □ | 　営業時間短縮を実施した県内の飲食店等と直接・間接の取引がある |
| □ | 　県内における不要不急の外出・移動自粛による直接的な影響を受けた |

②影響があった事業内容に☑をしてください。

※　複数該当する場合でも、主なもの１つに☑をしてください。

|  |
| --- |
| □11卸売・小売業　□12サービス業　□13医療・福祉　□14建設業　□15不動産業　□16製造業　□17教育・学習支援　□18運輸業　□19情報通信業　□20電気・ガス・熱供給・水道業　□21飲食業　□22宿泊業　□23農業・林業 □24漁業 □25その他（　　　　　　 　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 店舗名 | 　 |
| 所在地 | 　 |

３．売上高の比較

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 【対象月】の売上※令和3年1月または2月 | 令和３年 　　月 | ①　　　　　　　　　 　　 円 |
| 【比較月】の売上※令和2年2月または連続する2か月の平均額のいずれか高い方 | □　　２月□　　　月と　　月の平均額 | ② 　　　　　　　　　　　 円 |
| 【売上高比較】（②－①） |  ③　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 【減少率】（③÷②×100） | ④　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　％ |

※　創業時期によっては、比較月が変わる場合がありますので、記載にあたっては、記載例や申請

要領、よくあるお問い合わせを十分にご確認ください。

※　減少率は、小数点第１位を切り捨ててください。

４．申請給付金額　　　**２００，０００円**

５．振込先口座

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関ｺｰﾄﾞ |  |  |  |  | 支店ｺｰﾄﾞ |  |  |  |
| 金融機関名 |  | 本・支店名 |  |
| 預金種類 | 普通 ・ 当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ口座名義人 |  |

※　ゆうちょ銀行の場合は、下記へ記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| ゆうちょ銀行 | 　　　　　　　　　　－ |
| フリガナ口座名義人 |  |

※　**旧十八銀行**の通帳は、**十八親和銀行の通帳へ切り替え**のうえご記入ください。

※　振込先口座名義は、申請者本人の名義に限ります。（法人の場合、当該法人名）