様式第１号

**川棚町事業継続支援給付金申請書**

|  |
| --- |
| 令和　　年　　月　　日 |

川棚町長　様

　　次のとおり川棚町事業継続支援給付金の支給を受けたいので関係書類を添えて申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 本社所在地(個人事業者は住民票上の住所) | 〒 |
| Ｒ3.８.６時点の所在地・住所 |  |
| 法人名（屋号） |  |
| 代表者　職・氏名 | ㊞　 |
| 対象事業所(店舗)の住所 |  |
| 電話番号・担当者名 | （　　　　）　　　-　　　 |
| 業種 |  |
| 資本金 | 円 | 従業員数 | 人 |

**１　申請者の情報（太枠内を記入してください。）**

**２　振込先　※振込口座通帳の見開き１ページ目の写しを添付してください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 |  |
| 支店名等 |  |
| 預金種別 | 1.普通 　2.当座　　(該当する方を○で囲んでください) |
| 口座番号 | （右づめで記入） |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人※カタカナで記入して下さい |  |

下の口座については、当社（私）が使用する口座に間違いありません。

（注１）　ゆうちょ銀行の場合は、他金融機関からの振込の受取口座として利用する際の店名、店番、預金種目及び口座番号をご記入ください。

（注２）　旧十八銀行、旧親和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。

**３　売上高比較表**

2021年８月、９月の月間事業収入が対2020年又は2019年同月比で30％以上50％未満減少していること。④が30％未満または50％以上の場合、その月の申請額は０円

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ①2021年月間事業収入 | ②対象年月間事業収入 | ③増減額（②-①） | ④減少率③/②×100※小数点以下切捨て | **給付金申請額**（③か10万円の小さい方）※④が30％未満または50％以上=0円 |
| 年 | 月 | 月間事業収入 |
| 円 |  |  | 円 | 円 | ％ | **Ａ：　　　　　　　円** |
| 円 |  |  | 円 | 円 | ％ | **Ｂ：　　　　　　　円** |
| **給付申請額【Ａ+Ｂ（千円未満切り捨て）】** | **,000円**※千円未満切り捨て |

**４　該当要件申告**

下記の給付要件のうち、該当するものにチェックをしてください。また、チェックした要件に当てはまることがわかる具体的内容を記載してください。
※複数要件に該当する場合でも、チェックは１つで構いません。
※チェックした要件の証明となる資料について、別途申請書に添付して下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| □ | **(ア)** **県の営業時間短縮要請等に協力した県内飲食店・遊興施設と直接・間接の取引があること** |
| (取引先の業種・名称) | (取引状況) |
| □ | **(イ)** **不要不急の外出・移動自粛要請により直接の影響を受けたこと** |
| (具体的内容) |