

支援事業者給付金交付申請書

令和2年 月 日

新地町長 様

住所（店舗所在地）新地町

事業所名

申請者 代表者名 印

電話番号

新地町新型コロナウイルス緊急対応支援事業者給付金交付要綱に基づき下記のとおり申請します。  
記

1 申請額 150,000円

2 申請区分（番号に○をつける）

1 宿泊業 2 飲食業 3 卸・小売業 4 医療福祉業 5 生活関連サービス業 6 学習支援業

3 売上高等

(1) 令和2年2月から6月までの売上げのうち、一月の売上げが前年同月対比で30%以上減収した場合

A：令和2年2月から6月までの売上げのうちいずれかの月の売上

令和2年 月の売上額 円

B：Aの期間に対応する前年の同月の売上高等

平成31年（令和元年） 月の売上額 円

$\frac{B-A}{B}$

$\times 100$

減少率

%

(2) 最近1か月の売上と下記のいずれかと比較して30%以上減収した場合

(※前年同月と単純に比較できない場合)

A：最近1か月の売上額 令和2年 月の売上額 円

B：ア過去3か月（最近1か月を含む。）の平均売上高 円

イ令和元年12月の売上高 円

ウ令和元年10月～12月の売上高平均額 円

$\frac{B-A}{B}$

$\times 100$

減少率

%

(添付書類)

①売上高等の実績が確認できる書類（試算表、売上台帳等） ②売上高計算表（別紙）

③最新の確定申告書及び決算報告書の写し ④通帳の写し（表紙及び支店名や口座番号記載の見返しページ）

4 振込先口座

金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義人
銀行・信金 農協・信組	本店 支店	普通 当座		

【同意及び誓約】

①本申請にあたり上記の記載内容に相違ありません。

②本申請の審査において、売上高の確認等について関係公簿の閲覧等により調べることに同意します。

③記載内容に虚偽があった場合は本給付金を返還することを誓約いたします。

署名

(本人手書で代表者名をご記入下さい)