

高知県営業時間短縮要請対応臨時給付金給付申請書【8月分】

高知県知事 様

次のとおり、高知県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、関係書類を添えて申請します。
 なお、下記に記載した事項については事実と相違ありません。

令和 年 月 日

法人の場合	法人名	_____		
	代表者職 ・氏名	_____		
	法人 所在地	〒	—	_____
	代表者の 住所(※1)	〒	—	_____
	生年月日	_____	年	_____ 月 _____ 日
電話番号		_____		

個人事業主の場合	業種	_____		
	屋号	_____		
	氏名	_____		
	事業主の 住所(※1)	〒	—	_____
	生年月日	_____	年	_____ 月 _____ 日
	電話番号	_____		

※1「代表者の住所」「事業主の住所」は添付の本人確認資料記載の住所としてください。

記

申請金額	① 様式3の(C)欄の金額 (令和3年 <u>8月</u> の売上高の減少額)	_____ 円
	② 様式3の(B)欄の金額 (令和2年又は令和元年8月の売上高) ÷ 同月の 営業日数 × 3	_____ 円(1円未満の端数切り捨て)..... 75万円を超える場合は75万円 25万円未満の場合は25万円
	③ 上記 ①と②の低い方の金額を記入してください	_____ 円

法人情報	法人番号									
	給付対象法人であることの確認	資本金 (又は出資金)	万円	業種	常時雇用する 従業員数	人				

振込先※3	金融機関名 (ゆうちょ銀行以外)	_____						支店・支所名	_____
	ゆうちょ銀行	店番	_____	預金種類	普通・当座・その他()				
	共通	口座番号	_____	_____					※口座番号は右詰めで記入してください
		フリガナ	_____						
	口座名義	_____							

※3 振込先の口座は「申請者」ご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。)

申請担当者	担当者名	フリガナ	_____	所属 (法人のみ)	_____
		氏名	_____		
	日中連絡が取れる連絡先	_____	_____		

- 添付が必要な書類については、「高知県営業時間短縮要請対応臨時給付金 給付等要領 別表2」をご覧ください。
- 対象期間に係る高知県営業時間短縮要請協力金を受給した事業者については、上記の申請金額からその受給額を控除しま

高知県営業時間短縮要請対応臨時給付金給付申請書【9月分】

高知県知事 様

次のとおり、高知県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、関係書類を添えて申請します。
 なお、下記に記載した事項については事実と相違ありません。

令和 年 月 日

法人の場合	法人名	_____		
	代表者職 ・氏名	_____		
	法人 所在地	〒	—	_____
	代表者の 住所(※1)	〒	—	_____
	生年月日	_____	年	_____ 月 _____ 日
	電話番号	_____		

個人事業主の場合	業種	_____		
	屋号	_____		
	氏名	_____		
	事業主の 住所(※1)	〒	—	_____
	生年月日	_____	年	_____ 月 _____ 日
	電話番号	_____		

※1「代表者の住所」「事業主の住所」は添付の本人確認資料記載の住所としてください。

記

申請金額	① 様式3の(C)欄の金額 (令和3年 <u>9月</u> の売上高の減少額)	➔ _____ 円
	② 様式3の(B)欄の金額 (令和2年又は令和元年9月の売上高) ÷ 同月の 営業日数 × 3	➔ _____ 円(1円未満の端数切り捨て)..... 75万円を超える場合は75万円 25万円未満の場合は25万円
	③ 上記 ①と②の低い方の金額を記入してください	➔ _____ 円

法人情報	法人番号							_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	給付対象法人であることの確認	資本金 (又は出資金)	_____ 万円	業種	_____	常時雇用する 従業員数	_____	人									

振込先※3	金融機関名 (ゆうちょ銀行以外)	_____					支店・支所名	_____
	ゆうちょ銀行	店番	_____	預金種類	普通・当座・その他()			
	共通	口座番号	_____	_____	_____	_____	_____	※口座番号は右詰めで記入してください
		フリガナ	_____					
	口座名義	_____						

※3 振込先の口座は「申請者」ご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。)

申請担当者	担当者名	フリガナ	_____	所属 (法人のみ)	_____
		氏名	_____		
		日中連絡が取れる連絡先	_____	_____	

- 添付が必要な書類については、「高知県営業時間短縮要請対応臨時給付金 給付等要領 別表2」をご覧ください。
- 対象期間に係る高知県営業時間短縮要請協力金を受給した事業者については、上記の申請金額からその受給額を控除しま

※下記 (1) ~ (3) のうち、いずれかの□に☑を入れ、内容を記入して下さい

<input type="checkbox"/>	<p>(1) 営業時間短縮要請に伴い、<u>営業時間を短縮した飲食店等と直接・間接の取引がある。</u></p> <p>・<u>下記 ア~イのうち、該当するものに○をして下さい。</u></p> <p>ア. 酒類販売事業者又は酒類製造事業者である。</p> <p>イ. 酒類販売事業以外の事業者である。</p> <p>・具体的な取引内容を記載して下さい。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
<input type="checkbox"/>	<p>・高知県内の主な取引先について記載して下さい。</p> <p>(※間接取引の場合は、下記①に間接取引先の内容を記載したうえで、②以降に最終の飲食店等の内容を記載して下さい。その際②以降の月間取引金額は空白でもかまいません。)</p> <p>① 取引先名 _____ 取引先住所 _____</p> <p>月間取引金額 平均 _____ 円</p> <p>② 取引先名 _____ 取引先住所 _____</p> <p>月間取引金額 平均 _____ 円</p> <p>③ 取引先名 _____ 取引先住所 _____</p> <p>月間取引金額 平均 _____ 円</p>
<input type="checkbox"/>	<p>(2) 営業時間の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。</p> <p>・具体的な影響内容を記載して下さい。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>
<input type="checkbox"/>	<p>(3) 営業時間短縮要請に伴い、<u>営業時間を短縮した飲食店等である。</u></p> <p>※要領の「2. 申請要件」の(4)に該当する事業者が選択</p> <p>・具体的な施設名を記載して下さい。(_____)</p> <p>・酒類の提供の有無について○をして下さい。(有り ・ 無し)</p>

※太枠内を申請者が記入して下さい

高知県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【8月分】

依頼日：令和 年 月 日

〈認定経営革新等支援機関等〉

.....様

所在地.....

法人名・屋号.....

代表者氏名.....

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、高知県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1 令和3年8月の売上高合計 円 (A)2 令和2年・令和元年(何れかに○)8月の1ヶ月間の売上高合計 円 (B)

3 売上高の減少額 (B) - (A) = 円 (C)

減少比率 (C) ÷ (B) × 100 = % ≥ 30%

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	印
(法人の場合)代表者の氏名	
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ください。(任意様式)

(注2) 本証明書は、高知県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。

※太枠内を申請者が記入して下さい

高知県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【9月分】

依頼日：令和 年 月 日

〈認定経営革新等支援機関等〉

.....様

所在地.....

法人名・屋号.....

代表者氏名.....

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、高知県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1 令和3年9月の売上高合計 円 (A)2 令和2年・令和元年(何れかに○)9月の1ヶ月間の売上高合計 円 (B)3 売上高の減少額 (B) - (A) = 円 (C)

減少比率 (C) ÷ (B) × 100 = % ≥ 30%

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	印
(法人の場合)代表者の氏名	
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ください。(任意様式)

(注2) 本証明書は、高知県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。

私は、令和3年度高知県営業時間短縮要請対応臨時給付金給付要綱（以下「要綱」という。）に基づいて「高知県営業時間短縮要請対応臨時給付金」を申請するに当たり、下記の内容について誓約します。

記

- 要綱で定めている次の要件を含む全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。
- ・申請要件を満たすことを証明する書類を申請書類として添付しています。
 - ・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（高知県暴力団排除条例（平成22年高知県条例第36号）第2条第1号に規定する暴力団をいう。）又は暴力団員等（同条第3号に規定する暴力団員等をいう。）に該当しないなど、高知県営業時間短縮要請対応臨時給付金給付要綱の第8条に掲げるいずれにも該当しておらず、かつ、将来にわたっても該当しません。
- 高知県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。また、様式2に記載した取引先に対して、県が必要に応じて取引内容の照会をすることに同意します。
- 申請書類に関して虚偽や不正等が判明した場合、既に給付金の給付を受けているときは、給付金の返還と加算金の支払に応じるとともに、事業者名や施設名（店舗名）の公表に応じます。また、納期限までに給付金の返還等を行わなかった場合は、延滞金の支払に応じます。
- 申請書類に記載した情報を税務情報として使用することに同意します。
- 県の時間短縮要請以前から事業を行っており、今後も事業を継続します。
- 県内の市町村が、独自に創設した新型コロナウイルス感染症の影響による売上高減少が続く事業者に対しての支援金（以下「支援金等」という。）に関する事業を実施するために必要であるとして、高知県に情報提供（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。
- 国の行政機関等が支援金等の支給要件の該当性等を審査するため必要な場合であって、当該審査に必要な限度で高知県に情報提供（申請書及び提出書類に記載された情報）の依頼があった場合
- その他、要綱の記載事項について理解のうえ、同意します。

令和 年 月 日

高知県知事 様

法人所在地（個人事業主の場合は事業主の住所）

法人名

屋号名

代表者職・氏名

※法人の代表者又は個人事業主が自署してください。

私は、令和3年度高知県営業時間短縮要請対応臨時給付金給付要綱（以下「要綱」という。）に基づいて「高知県営業時間短縮要請対応臨時給付金」を申請するに当たり、下記の内容について誓約します。

記

- 要綱で定めている次の要件を含む全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。
- ・申請要件を満たすことを証明する書類を申請書類として添付しています。
 - ・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（高知県暴力団排除条例（平成22年高知県条例第36号）第2条第1号に規定する暴力団をいう。）又は暴力団員等（同条第3号に規定する暴力団員等をいう。）に該当しないなど、高知県営業時間短縮要請対応臨時給付金給付要綱の第8条に掲げるいずれにも該当しておらず、かつ、将来にわたっても該当しません。
- 高知県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。また、様式2に記載した取引先に対して、県が必要に応じて取引内容の照会をすることに同意します。
- 申請書類に関して虚偽や不正等が判明した場合、既に給付金の給付を受けているときは、給付金の返還と加算金の支払に応じるとともに、事業者名や施設名（店舗名）の公表に応じます。また、納期限までに給付金の返還等を行わなかった場合は、延滞金の支払に応じます。
- 申請書類に記載した情報を税務情報として使用することに同意します。
- 県の時間短縮要請以前から事業を行っており、今後も事業を継続します。
- 県内の市町村が、独自に創設した新型コロナウイルス感染症の影響による売上高減少が続く事業者に対しての支援金（以下「支援金等」という。）に関する事業を実施するために必要であるとして、高知県に情報提供（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。
- 国の行政機関等が支援金等の支給要件の該当性等を審査するため必要な場合であって、当該審査に必要な限度で高知県に情報提供（申請書及び提出書類に記載された情報）の依頼があった場合
- その他、要綱の記載事項について理解のうえ、同意します。

令和 年 月 日

高知県知事 様

法人所在地（個人事業主の場合は事業主の住所）

法人名

屋号名

代表者職・氏名

※法人の代表者又は個人事業主が自署してください。