

記入例

※様式1-2、1-3についても、この記入例を参考として、同様に作成してください。

様式1-1

新型コロナウイルス感染症対策雇用維持臨時支援給付金給付申請書(8月～9月分)

手書きの場合はボールペンで記載してください。  
(消せるボールペン不可)

高知県知事 様

次のとおり、新型コロナウイルス感染症対策雇用維持臨時支援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。日付の書き忘れがないようご確認ください。  
なお、下記に記載した事項は事実と相違ありません。

令和3年 10 月 15 日

法人の場合	法人名	高知株式会社	個人事業主の場合	〒	780-8570
	代表者職・氏名	代表取締役 高知 太郎		店舗所在地	高知市丸ノ内1-2-20
	法人所在地(※1)	高知市丸ノ内1-2-20		屋号名	高知屋
	代表者の住所(※2)	高知市丸ノ内1-2-21		氏名	高知 太郎
	代表者の生年月日	昭和40年 10 月 10 日		生年月日	昭和40年 10 月 10 日
電話番号	088-△△△-△△△△	電話番号	088-△△△-△△△△	事業主住所(※2)	〒 高知市丸ノ内1-2-21

※1 法人の登記時の住所を記入してください。

※2 「代表者の住所」「事業主の住所」は添付する本人確認書類記載の住所としてください

申請者と同一である必要はありません。申請内容について対応する方を記載してください。

申請担当者	フリガナ	コウチ ハナコ	所属(法人のみ)	総務部
	氏名	高知 花子		
日中連絡が取れる連絡先		090-●●●●-●●●●		

振込先※	金融機関名(ゆうちょ銀行以外)	書類に不備等がある場合、こちらの連絡先にご連絡しますので、必ず記載してください。					
	ゆうちょ銀行	店番	預金種類(共通)	普通・当座・その他( )			
	口座番号	1	2	3	4	5	6
フリガナ		コウチ(カ)					

他の金融機関からゆうちょ銀行口座への振込は、振込用の店名・預金種目・口座番号が必要です。現在のゆうちょ銀行口座番号(記号・番号)のままでは振り込むことができませんのでご注意ください。

申告欄	高知県営業時間短縮要請協力金(対象期間:令和3年8月及び9月)及び高知県営業時間短縮要請対応臨時給付金(対象期間:令和3年8月及び9月)の支給を受けた金額を差し引いた額が支給額となる制度です。申請者は下記の口にて選択し、また支給を受けた金額を記入してください。	
	<input checked="" type="checkbox"/> 高知県営業時間短縮要請協力金(令和3年8月及び9月分) <input checked="" type="checkbox"/> 高知県営業時間短縮要請対応臨時給付金(令和3年8月及び9月分) <input type="checkbox"/> 上記の協力金、給付金の給付は受けていない又は受ける予定はない <input type="checkbox"/> 上記の協力金、給付金を受給済み <input type="checkbox"/> 上記の協力金、給付金を申請予定又は申請中( 月 日郵送済み)	支給された金額  円

●添付が必要な書類については、「令和3年度新型コロナウイルス感染症対策雇用維持臨時支援給付金 給付等要領別表2」をご覧ください。

## 記入例

様式2-1

### 誓約書(8月~9月分)

私は、令和3年度新型コロナウイルス感染症対策雇用維持臨時支援給付金給付要綱(以下「給付要綱」という。)に基づいて新型コロナウイルス感染症対策雇用維持臨時支援給付金(以下「給付金」という。)を申請するに当たり、下記の内容について誓約します。

記

ボールペンで記載してください。  
(消せるボールペン不可)

- 給付金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、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。
- 申請書類に関して虚偽や不正等が判明した場合は、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減少が続く事業者に対しての支援金等(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つて、当該審査に必要な限度で高知県に情報提供(申請書及び
- その他、給

様式1の申請日と同じ日付を記載してください。

所在地、屋号名法人名、代表者職・氏名(署名)の各欄は必ず自署でお願いします。(ゴム印不可)

令和3年10月15日

高知県知事 様

法人所在地

又は

個人事業主の住所

高知市丸ノ内1-2-20

個人:申請者住所を記載してください。  
法人:登記の住所を記載してください。

屋号名

法人名

高知株式会社

代表者職・氏名

代表取締役 高知 太郎

※法人の代表者又は個人事業主が自署してください

※太枠内を申請者が記入してください

新型コロナウイルス感染症対策雇用維持臨時支援給付金

新型コロナウイルス感染症の影響による売上減少等の証明申請書 (8月～9月分)

令和 3 年 10 月 14 日

〈認定経営革新等支援機関等〉

認定経営革新等支援機関等の名称を記載してください。

土佐 次郎 様

日付の書き忘れがないようご確認ください。

個人:申請者住所を記載してください。  
法人:登記の住所を記載してください。

所在地 高知市丸の内1-6-60

個人:屋号名を記載してください。  
法人:法人名を記載してください。

屋号・法人名 高知株式会社  
代表者氏名 代表取締役 高知 太郎

新型コロナウイルス感染症の広がりにより影響を受け、下記のとおり売上が減少しましたので、新型コロナウイルス感染症対策雇用維持臨時支援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

小数点第2位以下を切り捨ててください。

1 売上について (※売上は事業収入を指します。)

(1) 令和2年1月～12月又は直近1年間※の売上高合計 (A) 120,000,000 円

(※直近1年間は申請月を含むものとします。)

前年(又は前々年)の同一期間の売上高合計 (B) 145,000,000 円

売上高の減少額 (B) - (A) = 25,000,000 円 (C)

減少比率 (C) ÷ (B) × 100 = (ア) 17.2 % ≥ 15%

(2) 令和3年8月及び9月の2か月の売上高合計 (D) 11,000,000円

前年・前々年(いずれかに○)の8月及び9月の2か月の売上高合計

(E) 20,000,000円

前年・前々年のいずれかに○をお付けください。

減少額 (E) - (D) = 9,000,000 円 (F)

減少比率 (F) ÷ (E) × 100 = (イ) 45.0 % > 30%

小数点第2位以下を切り捨ててください。

2 県内施設(店舗)数について

(1) 全施設(店舗)数 3 (2) 高知県内施設(店舗)数 2

3 従業員数について

(1) 全従業員数 42 人 (2) 高知県内施設(店舗)の従業員数 30 人

【県内外ともに施設(店舗)がある場合は、以下に記載する書類(法人の場合、個人の場合)を提出してください。】

法人の場合:申請日直近の法人県民税・事業税申告書の内、第10号様式「課税標準の分割に関する明細書」の「道府県民税分割基準に記載した従業者数

個人の場合:申請日直近の「健康保険・厚生年金保険標準報酬決定通知書」に記載された被保険者数

申請のとおり、相違ないことを証明します。

証明日:令和3年10月15日

認定経営革新等支援機関等 確認事項	ID番号(ない場合は登録番号等)	0123456789101	
	名称	土佐 次郎	印
	(法人の場合)代表者の氏名		
	住所 又は 所在地	高知市●●町○丁目△△番地	
	電話番号	088 - ●●● - ◇◇◇◇	
申請を確認し証明した減少率		(ア) 17.2 % ≥ 15%	(イ) 33.3 % ≥ 30%

押印忘れがないようご確認ください。

(注1) 証明申請にあたっては、上記1～3の根拠となるものを提出してください。(任意様式)

(注2) 本証明書は、新型コロナウイルス感染症対策雇用維持臨時支援給付金の給付申請以外の目的では利用できません。

※様式3-2、3-3についても、この記入例を参考として、同様に作成してください。



# 記入例

参考様式②

## 新型コロナウイルス感染症対策雇用維持臨時支援給付金対象施設(店舗)一覧表

新型コロナウイルス感染症対策雇用維持臨時支援給付金の給付対象となる高知県内の施設(店舗)は、以下の通りです。

県内施設(店舗)数 **2** <参考> 全施設(店舗)数 **3**



対象施設(店舗)の情報	基本情報	フリガナ	コウチカブシキガイシャ ナンコクシテン
		名称	高知株式会社 南国支店
		フリガナ	コウチケンナンコクシ〇チョウメ△バンチ
		住所	高知県南国市〇丁目△番地
業態等	種類	営業所	

対象施設(店舗)の情報	基本情報	フリガナ	コウチカブシキガイシャ ナカムラシテン
		名称	高知株式会社 中村支店
		フリガナ	コウチケンシマントシ〇チョウメ△バンチ
		住所	高知県四万十市〇丁目△番地
業態等	種類	営業所	

対象施設(店舗)の情報	基本情報	フリガナ	
		名称	
		フリガナ	コウチケン
		住所	高知県
業態等	種類		

※用紙が足りない場合は、この紙を適宜コピーしてご使用ください。

※根拠となるものを添付してください

上記各項目に記載の対象施設(店舗)数は、当社の対象施設(店舗)数と相違ありません。

様式3-1、3-2、3-3の申請日と同じ日付を記載してください。

令和3年10月14日

法人名又は屋号名 高知 株式会社

個人:屋号名を記載してください。  
法人:法人名を記載してください。

代表者 代表取締役 高知 太郎

連絡先 088-◇◇◇-▲▲▲▲

記入例

従業員数一覧表

参考様式③

法人、個人のチェック漏れがないようご確認ください。

法人か個人に☑を入れ、ご記入ください。

法人

※県内外ともに施設(店舗)がある場合は、申請日直近の「法人県民税・事業税申告書」のうち第10号様式「課税標準の分割に関する明細書」の「道府県民税」の分割基準に記載している従業員数で按分します。県内のみ施設(店舗)がある場合は、「法人市民税確定申告書」の第20号様式若しくは「課税標準の分割に関する明細書」の第22号の2様式又は「法人事業概況説明書」に記載されている従業員数を記入します。

1 全従業員数 42人

2 高知県内施設(店舗)の従業員数 30人

個人

※申請日直近の健康保険・厚生年金保険標準報酬決定通知書に記載された被保険者数を記入してください。

1 全従業員数 人

2 高知県内施設(店舗)の従業員数 人

【添付書類】

●法人の場合

- 申請日直近の法人県民税・事業税申告書のうち、第10号様式(第10号様式「課税標準の分割に関する明細書」の「道府県民税」分割基準に記載した従業者数が分かるもの)
- 申請日直近の法人市民税確定申告書のうち、第20号様式又は第22号の2様式(法人市民税の分割明細書)
- 法人事業概要説明書

●個人の場合

- 申請日直近の「健康保険・厚生年金保険標準報酬決定通知書」

※根拠となるものを添付してください

上記各項目に記載の人数は、当社の従業員数と相違ありません。

様式3-1、3-2、3-3の申請日と同じ日付を記載してください。

令和3年10月14日

法人名又は屋号名

高知 株式会社

個人:屋号名を記載してください。  
法人:法人名を記載してください。

代表者

代表取締役 高知 太郎

連絡先

088-◇◇◇-▲▲▲▲