

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)

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。

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(※1)	_____
	〒 _____	_____
代表者の住所(※2)	_____	
代表者の生年月日	_____年 _____月 _____日	
電話番号	_____ - _____	

個人事業主の場合	〒 _____	_____
	店舗所在地	_____
	屋号名	_____
	氏名	_____
	生年月日	_____年 _____月 _____日
	〒 _____	_____
事業主住所(※2)	_____	
電話番号	_____ - _____	

※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

記

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	_____		

振込先※	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(共通)	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	_____					

※ 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)

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☑にて選択し、また支給を受けた金額を記入してください。		
申告欄	● 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)	支給された金額
	● 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)	_____ 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。

様式1-2

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給付申請書(8月分)

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。

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(※1)	〒 -		
	代表者の住所(※2)	〒 -		
	代表者の生年月日	年	月	日
電話番号	-	-		

個人事業主の場合	店舗所在地	〒 -		
	屋号名			
	氏名			
	生年月日	年	月	日
	事業主住所(※2)	〒 -		
	電話番号	-	-	

※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

記

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	- -			

振込先※	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(共通)	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						

※ 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)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。	
	<ul style="list-style-type: none"> ● 高知県営業時間短縮要請協力金(令和3年8月分) ● 高知県営業時間短縮要請対応臨時給付金(令和3年8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。

様式1-3

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(9月分)

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。

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(※1)	〒 _____
	代表者の住所(※2)	〒 _____
	代表者の生年月日	_____年 _____月 _____日
電話番号	_____ - _____	

個人事業主の場合	店舗所在地	〒 _____
	屋号名	_____
	氏名	_____
	生年月日	_____年 _____月 _____日
	事業主住所(※2)	〒 _____
	電話番号	_____ - _____

※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

記

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	_____		_____

振込先※	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(共通)	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	_____					

※ 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)

申告欄	高知県営業時間短縮要請協力金(対象期間:令和3年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□にて☑にて選択し、また支給を受けた金額を記入してください。	
	<ul style="list-style-type: none"> ● 高知県営業時間短縮要請協力金(令和3年9月分) ● 高知県営業時間短縮要請対応臨時給付金(令和3年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。

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

- 給付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、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(申請書及び提出資料に記載された情報)の依頼があった場合の提供に同意します。
- その他、給付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
又は
個人事業主の住所

屋号名
法人名

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

誓 約 書(8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

- 給付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、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（申請書及び提出資料に記載された情報）の依頼があった場合の提供に同意します。
- その他、給付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
又は
個人事業主の住所

屋号名
法人名

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

誓約書(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

- 給付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、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(申請書及び提出資料に記載された情報)の依頼があった場合の提供に同意します。
- その他、給付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
又は
個人事業主の住所

屋号名
法人名

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

※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 年 月 日

〈認定経営革新等支援機関等〉

様

所在地

屋号・法人名

代表者氏名

私は、今般の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

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) 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) 円

売上高の減少額 (B) - (A) = 円 (C)

減少比率 (C) ÷ (B) × 100 = (ア) % ≥ 15%

(2) 令和3年8月及び9月の2か月の売上高合計 (D) 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) 円

売上高の減少額 (E) - (D) = 円 (F)

減少比率 (F) ÷ (E) × 100 = (イ) % ≥ 30%

2 県内施設（店舗）数について

(1) 全施設（店舗）数 (2) 高知県内施設（店舗）数

3 従業員数について

(1) 全従業員数 人 (2) 高知県内施設（店舗）の従業員数 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 年 月 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)	
	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	
申請を確認し証明した減少率		(ア) % ≥ 15% (イ) % ≥ 30%

(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。

※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月分）

令和 年 月 日

（認定経営革新等支援機関等）

様

所在地

屋号・法人名

代表者氏名

私は、今般の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

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) 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) 円

売上高の減少額 (B) - (A) = 円 (C)

減少比率 (C) ÷ (B) × 100 = (ア) % ≥ 15%

(2) 令和3年8月の売上高 (D) 円

※令和3年8月の売上高を記入してください。

前年・前々年(いずれかに○)の8月の売上高 (E) 円

売上高の減少額 (E) - (D) = 円 (F)

減少比率 (F) ÷ (E) × 100 = (イ) % ≥ 30%

2 県内施設（店舗）数について

(1) 全施設（店舗）数 (2) 高知県内施設（店舗）数

3 従業員数について

(1) 全従業員数 人 (2) 高知県内施設（店舗）の従業員数 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員数

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 年 月 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)	
	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	
申請を確認し証明した減少率	(ア) % ≥ 15%	(イ) % ≥ 30%

(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。

※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（9月分）

令和 年 月 日

〈認定経営革新等支援機関等〉

様

所在地

屋号・法人名

代表者氏名

私は、今般の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

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) 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) 円

売上高の減少額 (B) - (A) = 円 (C)

減少比率 (C) ÷ (B) × 100 = (ア) % ≥ 15%

(2) 令和3年9月の売上高 (D) 円

※令和3年9月の売上高を記入してください。

前年・前々年(いずれかに○)の9月の売上高 (E) 円

売上高の減少額 (E) - (D) = 円 (F)

減少比率 (F) ÷ (E) × 100 = (イ) % ≥ 30%

2 県内施設（店舗）数について

(1) 全施設（店舗）数 (2) 高知県内施設（店舗）数

3 従業員数について

(1) 全従業員数 人 (2) 高知県内施設（店舗）の従業員数 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 年 月 日

Table with 4 columns: 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), 名称, (法人の場合)代表者の氏名, 住所又は所在地, 電話番号, 申請を確認し証明した減少率, (ア) % ≥ 15%, (イ) % ≥ 30%

(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。

月 別 売 上 表

参考様式①

(※売上は事業収入を指します。)

	前年(又は前々年)における (b)との同一期間の売上高合計 (a)	令和2年1月～12月又は直近1年 間(申請月を含む)の売上高合計 (b)
対象期間	年 月～ 令和 年 月	令和2年 月～ 令和 年 月
月		
月		
月		
月		
月		
月		
月		
月		
月		
月		
月		
月		
月		
月		
合計		

	令和3年 (c)
1月	
2月	
3月	
4月	
5月	
6月	
7月	
8月	
9月	
合計	

※(a)、(b)については、12か月の記載が必要

※(b)については、直近1年間を選択した場合、(c)への記載と一部期間が重複しますが、(b)(c)両方へ記載してください

※(c)については、直近1か月の売上高まで記載が必要

※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金額は、当社の売上高と相違ありません。

令和 年 月 日

法人名又は屋号名

代 表 者

連 絡 先

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 <参考> 全施設(店舗)数



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		

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		

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。

令和 年 月 日

法人名又は屋号名

代表者

連絡先

従業員数一覧表

参考様式③

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。県内だけに施設(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 _____人

2 高知県内施設(店舗)の従業員数 _____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。

令和 年 月 日

法人名又は屋号名

代表者

連絡先