

※ 記入例

が記入して下さい

高知県営業時間短縮要請協力金に係る売上高の証明申請書（大企業）

依頼日：令和 3 年 6 月 9 日

〈認定経営革新等支援機関等〉

土佐 次郎 様

認定経営革新等支援機関等の名称を記載してください

所在地 高知市丸ノ内1-2-3

法人名・屋号 (株) × ×

代表者氏名 代表取締役 高知 花子

高知県営業時間短縮要請協力金の申請のため、下記についての証明発行をお願いします。

記

該当する項目にチェック☑を記入してください

営業時間短縮要請の対象事業に係る売上高

営業時間短縮要請対象事業	飲食店 <input checked="" type="checkbox"/>	旅館、ホテル（施設内の宴会場など飲食提供の場に限る） <input type="checkbox"/>	飛沫感染の恐れが高い施設 <input type="checkbox"/>
店舗（事業所）名	居酒屋××本店		
売上を証明する期間	5月	6月	合計
令和2年 <input type="checkbox"/>	3,200,000円	2,800,000円	6,000,000円
令和元年 <input checked="" type="checkbox"/>			
月ごとの売上の把握が困難な場合 <input type="checkbox"/> 注3	時短要請期間と同日付の期間の売上申請する場合 <input type="checkbox"/> 注4		
令和3年	300,000円	300,000円	600,000円

(注) 消費税及び地方消費税は除いてください。

令和2年又は令和元年の売上高を記入してください。

対象事業以外の売上高は除いてください。

把握が困難な場合は、年間の売上高を記入してください（合計欄のみ）。

4 時短要請期間と同日付の期間(5/26~6/8)の売上申請の場合は、当該期間の売上高を記入してください（合計欄のみ）。

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 6月10日

認定経営革新等支援機関等	ID番号(ない場合は登録番号等)	0123456789012
	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	高知市〇〇町×丁目△番地
	電話番号	088-〇〇〇-××××

(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協力金の支給申請以外の目的では利用できません。