**様式３－１**

※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協力金に係る売上高の証明申請書（中小企業等）**

**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**

**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**

　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 □ | 旅館、ホテル（施設内の宴会場など飲食提供の場に限る） □　 | 飛沫感染の恐れが高い施設　　□ |
| 売上を証明する期間 |  令和２年 □　 令和元年 □ |
| 月ごとの売上の把握が困難な場合 □注3 | 時短要請期間と同日付の期間の売上で申請する場合 □注4 |
| 店舗（事業所）名 | ５月 | ６月 | 合計 |
|  | 円 | 円 | 円 |
|  | 円 | 円 | 円 |
|  | 円 | 円 | 円 |
|  | 円 | 円 | 円 |
|  | 円 | 円 | 円 |

(注)１　消費税及び地方消費税は除いてください。

　　２　営業時間短縮要請の対象事業以外の売上高は除いてください。

　　３　月ごとの売上の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)の売上で申請する場合は、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。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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）** |  |
| **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** |  |

**証明日：令和　　年　　月　　日**

**（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給付申請以外の目的では利用できません。**