

高知県営業時間短縮要請協力金支給申請書

高知県知事 様

次のとおり、高知県営業時間短縮要請協力金の支給を受けたいので、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				個人事業主の場合	屋号(※1)					
	職・代表者名					氏名					
	所在地	〒	—			事業主の住所(※2)	〒	—			
	生年月日		年	月		日	生年月日		年	月	日
	電話番号	—	—			電話番号	—	—			

※1 複数店舗の場合は記載不要

※2 「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	円	← 様式2で算定した支給額 (店舗が複数ある場合は全部の店舗の合計額)
------	---	--

法人情報	法人番号									
	企業規模の確認	資本金 (又は出資金)	万円	中小企業基本 法上の業種		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	—	—					

申請に必要な書類一覧 (申請書類の詳細は、「高知県営業時間短縮要請協力金 申請等要項 別表3」をご覧ください。)
 (添付した書類に☑をつけてください。)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 申請書(この紙です。2枚目もあります。) | <input type="checkbox"/> 営業に必要な許可等を取得していることが分かる書類(写しで可) |
| <input type="checkbox"/> 誓約書(必ず自署をお願いします。) | <input type="checkbox"/> 本人(法人の場合は法人代表者)確認書類(写しで可) |
| <input type="checkbox"/> 認定支援機関等に証明を受けた売上高の証明申請書 | <input type="checkbox"/> 営業時間短縮等の状況が分かる書類(写しで可) |
| <input type="checkbox"/> 営業活動を行っていることが分かる書類(写しで可) | <input type="checkbox"/> 振込先口座と口座名義が分かる通帳等の写し |
| <input type="checkbox"/> 業種別ガイドラインの遵守状況が分かる書類(写しで可) | |

高知県営業時間短縮要請協力金支給申請書

店舗目 ※2店舗以上該当がある場合は、この紙を適宜コピーしてご活用ください。

対象施設(店舗) 基本情報	フリガナ							
	名称							
	フリガナ							
	所在地							
	フリガナ							
	店舗責任者 氏名	※店舗毎に連絡のとれる方を記載してください						
	電話番号	※日中連絡が取れる連絡先を記載してください						
	区分 ※該当する 施設に☑を つけてくだ さい。	飲食店	キャバレー	<input type="checkbox"/>	飲食店	料理店	<input type="checkbox"/>	
			ナイトクラブ	<input type="checkbox"/>		喫茶店(カラオケ喫茶を含む)	<input type="checkbox"/>	
			ダンスホール	<input type="checkbox"/>		居酒屋	<input type="checkbox"/>	
スナック			<input type="checkbox"/>	ホテル <small>(施設内の宴会場など、飲食提供の場に限る)</small>		<input type="checkbox"/>		
バー			<input type="checkbox"/>	旅館・民宿、ペンション、ゲストハウス <small>(施設内の宴会場など、飲食提供の場に限る)</small>		<input type="checkbox"/>		
ダーツバー			<input type="checkbox"/>	その他		カラオケボックス	<input type="checkbox"/>	
パブ			<input type="checkbox"/>	ライブハウス		<input type="checkbox"/>		
飲食店			<input type="checkbox"/>	※区分「その他」は、施設内で大声を発するなど、 飛沫感染の恐れが高い施設				

※店舗毎に営業許可証など営業を証明できる書類を添付してください。

感染拡大予防 ガイドライン	<input type="checkbox"/> 遵守しています
--------------------------	----------------------------------

営業時間	<input type="checkbox"/> 通常は午後8時以降も営業しています。 <input type="checkbox"/> お客様の要望に応じて午後8時以降も営業しています。
-------------	--

営業時間 短縮(休業)日 (日)(A)	5月26日(水)から6月8日(火)までのうち、県の営業時間短縮の要請に応じて営業時間を短縮(休業)する(した)日に☑をつけてください。(ただし定休日は除く)													
	<input type="checkbox"/> すべて	<input type="checkbox"/> 5/26	<input type="checkbox"/> 5/27	<input type="checkbox"/> 5/28	<input type="checkbox"/> 5/29	<input type="checkbox"/> 5/30	<input type="checkbox"/> 5/31	<input type="checkbox"/> 6/1	<input type="checkbox"/> 6/2	<input type="checkbox"/> 6/3	<input type="checkbox"/> 6/4	<input type="checkbox"/> 6/5	<input type="checkbox"/> 6/6	<input type="checkbox"/> 6/7

R2又はR1の5月・6月売上高 円	(注) ÷	当該期間の営業日数 日	(注) × 0.3 =	基礎単価(B) 円
(様式3-1の店舗ごとの合計欄)		(千円未満は切り上げ)		

基礎単価(B)	支給単価(C)
25,000円以下	25,000円
25,000円～75,000円	(B)と同額
75,000円以上	75,000円

※左記条件により、
支給単価(C)を算出

時短(休業)日数(A) 日	×	支給単価(C) 円	=	支給額 円
------------------	---	--------------	---	----------

(注)月ごとの売上の把握が困難な場合は、1年間の売上高、営業日数を記入
時短要請期間と同日付の期間(5/26～6/8)の売上上で申請する場合は、当該期間の売上高、営業日数を記入

高知県営業時間短縮要請協力金支給申請書

店舗目 ※2店舗以上該当がある場合は、この紙を適宜コピーしてご活用ください。

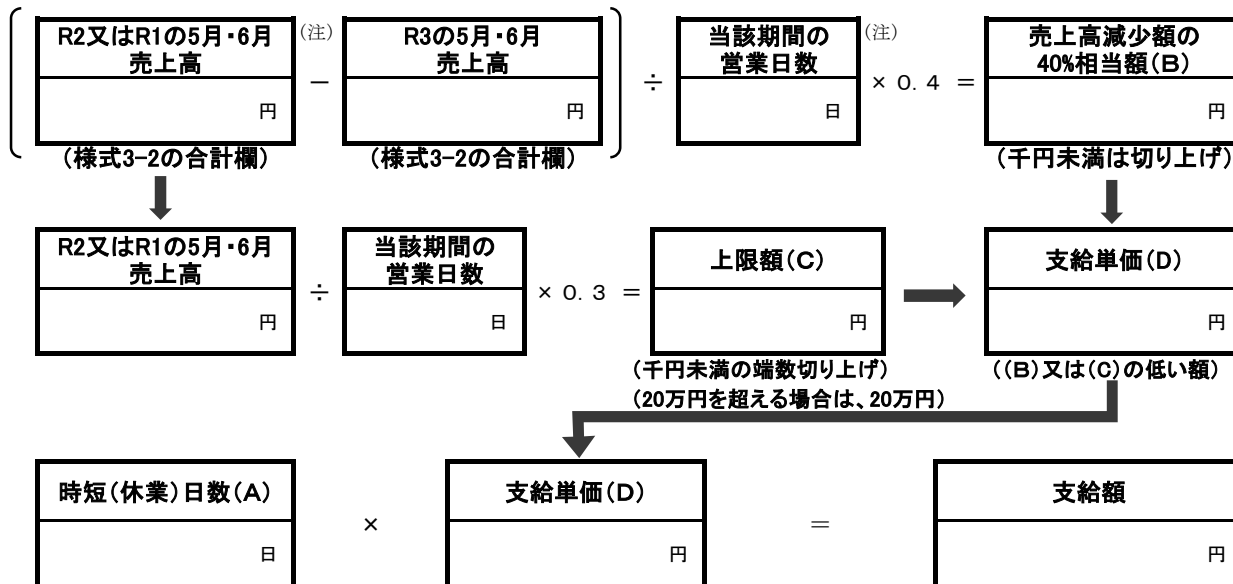
対象施設(店舗) 基本情報	フリガナ							
	名称							
	フリガナ							
	所在地							
	フリガナ							
	店舗責任者 氏名	※店舗毎に連絡のとれる方を記載してください						
	電話番号	※日中連絡が取れる連絡先を記載してください						
	区分 <small>※該当する施設に☑をつけてください。</small>	飲食店	キャバレー	<input type="checkbox"/>	飲食店	料理店	<input type="checkbox"/>	
			ナイトクラブ	<input type="checkbox"/>		喫茶店(カラオケ喫茶を含む)	<input type="checkbox"/>	
			ダンスホール	<input type="checkbox"/>		居酒屋	<input type="checkbox"/>	
スナック			<input type="checkbox"/>	ホテル(施設内の宴会場など、飲食提供の場に限る)		<input type="checkbox"/>		
バー			<input type="checkbox"/>	旅館・民宿、ペンション、ゲストハウス (施設内の宴会場など、飲食提供の場に限る)		<input type="checkbox"/>		
ダーツバー			<input type="checkbox"/>	その他		カラオケボックス	<input type="checkbox"/>	
パブ			<input type="checkbox"/>	ライブハウス		<input type="checkbox"/>		
飲食店			<input type="checkbox"/>	※区分「その他」は、施設内で大声を発するなど、 飛沫感染の恐れが高い施設				

※店舗毎に営業許可証など営業を証明できる書類を添付してください。

感染拡大予防 ガイドライン	<input type="checkbox"/> 遵守しています
--------------------------	----------------------------------

営業時間	<input type="checkbox"/> 通常は午後8時以降も営業しています。 <input type="checkbox"/> お客様の要望に応じて午後8時以降も営業しています。
-------------	--

営業時間 短縮(休業)日	5月26日(水)から6月8日(火)までのうち、県の営業時間短縮の要請に応じて営業時間を短縮(休業)する(した)日に☑をつけてください。(ただし定休日は除く)							
(日) (A)	<input type="checkbox"/> すべて	<input type="checkbox"/> 5/26	<input type="checkbox"/> 5/27	<input type="checkbox"/> 5/28	<input type="checkbox"/> 5/29	<input type="checkbox"/> 5/30	<input type="checkbox"/> 5/31	<input type="checkbox"/> 6/1
		<input type="checkbox"/> 6/2	<input type="checkbox"/> 6/3	<input type="checkbox"/> 6/4	<input type="checkbox"/> 6/5	<input type="checkbox"/> 6/6	<input type="checkbox"/> 6/7	<input type="checkbox"/> 6/8



(注) 月ごとの売上の把握が困難な場合は、1年間の売上高、営業日数を記入
 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、営業日数を記入

※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 <input type="checkbox"/>	旅館、ホテル（施設内の宴会 場など飲食提供の場に限り） <input type="checkbox"/>	飛沫感染の恐れ が高い施設 <input type="checkbox"/>
売上を証明する期間	令和2年 <input type="checkbox"/>	令和元年 <input 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	
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。

証明日：令和 年 月 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)	
	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協力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協力金に係る売上高の証明申請書（大企業）

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 <input 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			
売上を証明する期間	5月	6月	合計
令和2年 <input type="checkbox"/>	円	円	円
令和元年 <input 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 で申請する場合 <input type="checkbox"/> 注4		
令和3年	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。

証明日：令和 年 月 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)	
	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協力金の給付申請以外の目的では利用できません。

誓 約 書

私は、高知県営業時間短縮要請協力金申請等要項に基づいて「高知県営業時間短縮要請協力金」を申請するに当たり、下記の内容について誓約します。

記

<申請日以降に営業時間の短縮又は休業を実施される方>

○申請書に記載した対象施設の営業時間の短縮又は休業を必ず実施します。(ただし、定休日は除く。)

万一、記載した内容と異なり、対象施設の営業時間を元に戻す又は営業を再開する場合には、高知県に事前に連絡するとともに、申請書の再提出を行います。

<以下、申請される全ての方>

○高知県営業時間短縮要請協力金申請等要項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。

- ・法令等が求める営業に必要な許可等を取得しており、それ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協力金申請等要項の別表 2 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。
- ・業種毎の感染拡大予防ガイドラインを遵守して感染防止対策を実施しています。

○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、既に協力金の支給を受けているときは、協力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、納期限までに協力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は営業しており、期間終了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拡大防止のための営業時間短縮要請等に対する協力金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、高知県営業時間短縮要請協力金申請等要項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

所在地 _____

法人名又は屋号 _____

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。