

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○チョウメ△バンチ
		住所	高知県南国市○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○チョウメ△バンチ
		住所	高知県四万十市○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の申請日と同じ日付を記載してください。

令和3年4月1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-◇◇◇-▲▲▲▲