

様式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

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」は添付の本人確認資料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(申請期間令和2年12月21日から令和3年1月11日)及び高知県営業時間短縮要請対応臨時給付金(申請期間令和3年2月9日から令和3年4月9日)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。				
	<input type="checkbox"/> 高知県営業時間短縮要請協力金	支給された金額			
	<input type="checkbox"/> 高知県営業時間短縮要請対応臨時給付金				
	<input type="checkbox"/> 上記の2件の協力金、給付金の支給は受けていない。	_____ 円			

●添付が必要な書類については、「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 給付等要領 別表2」をご覧ください。