

様式1-4

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(6月分)

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(当該要請期間:令和3年6月1日~令和3年6月20日)及び高知県営業時間短縮要請対応臨時給付金(当該対象期間:令和3年6月)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☑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(令和3年6月分)	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(令和3年6月分)	_____ 円
	<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 又は受ける予定はない。	_____ 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2-2」をご覧ください。