

令和3年度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

【1月・2月・3月】 【 差額給付申請 】

高知県知事 様

(申請する対象月に「○」を付けてください。)

(差額給付申請の場合は、
にチェック(☑)してください。)

次のとおり、令和3年度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」は添付する本人確認書類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及び高知県新型コロナウイルス感染症対策臨時給付金の受給額を控除等により算定した額が支給される制度です。申請者は下記の内容から該当する番号を選び、選んだ番号及び支給を受けている場合は、支給された金額を記入してください。				
	協力金・臨時給付金	支給された(予定)額	該当する番号	番号	該当する内容
	営業時間短縮要請協力金(令和4年2月12日から2月28日までの17日分)	_____円		1	左記の協力金、臨時給付金の給付は受けていない又は受ける予定はない又は対象外
	新型コロナウイルス感染症対策臨時給付金(令和4年1月~3月のいずれか1か月)	_____円		2	左記の協力金、臨時給付金を受給済み
			3	左記の協力金、臨時給付金を申請予定又は申請中	

● 添付が必要な書類については、「令和3年度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。

誓 約 書

私は、令和 3 年度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要綱（以下「要綱」という。）に基づいて令和 3 年度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（以下「給付金」という。）を申請するに当たり、下記の内容について誓約します。

記

- 要綱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。
- ・申請要件を満たすこと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、要綱の第 8 条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。
- 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、既に給付金の給付を受けているときは、給付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、納期限までに給付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。
- 申請する対象期間（令和 4 年 1 月、2 月又は 3 月のいずれかの月）以前から事業を行っており、今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影響による売上減少が続く事業者に対しての支援金等（以下「支援金等」という。）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つて、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、要綱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

法人所在地
又は
個人事業主の住所

屋号名
法人名

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

※太枠内を申請者が記入してください。

様式 3

令和3年度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

売上減少等の証明申請書

1月 ・ 2月 ・ 3月

(申請する月に「○」を付けてください。)

(認定経営革新等支援機関等)

令和 年 月 日

様

法人所在地(※1)

(※1)個人事業主の場合は事業主の住所

屋号・法人名

代表者氏名

私は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大により影響を受け、下記のとおり売上が減少しましたので、令和3年度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申請のため、下記についての証明発行をお願いします。

記

1. 売上について(※売上は事業収入を指します。)

Table with 3 columns: Question/Calculation, Answer (A-G), and Unit/Percentage. Rows include: (1) Sales total for Jan-Dec 2021, (2) Sales total for Heisei 30, Heisei 31, or Reiwa 2, (3) Sales decrease amount and rate, (4) Sales for application month, (5) Sales for Heisei 31, Reiwa 2, or Reiwa 3, (6) Sales decrease amount and rate, (7) Business year sales total.

2. 県内施設(店舗)数及び従業員数について

Table with 4 columns: Question (8-11) and Answer (Number of people). Rows include: (8) Total facilities, (9) Total employees, (10) Facilities in Kochi Prefecture, (11) Employees in Kochi Prefecture.

【県内外ともに施設(店舗)がある場合は、以下に記載する書類(法人の場合、個人の場合)を提出してください。】

法人の場合: 申請日直近の法人県民税・事業税申告書の内、第10号様式「課税標準の分割に関する明細書」の「道府県民税」分割基準に記載した従業者数

個人の場合: 申請日直近の「健康保険・厚生年金保険標準報酬決定通知書」に記載された被保険者数

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

Table for confirmation items. Columns: Item, ID/Name, Address, Phone, Decrease Rate. Rows include: ID number, Name, Representative name, Address, Phone, and Decrease rate confirmation.

(注1)証明申請にあたっては、上記1~3の根拠となるものを提出してください。(任意様式)

(注2)本証明書は、令和3年度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申請以外の目的では利用できません。

月 別 売 上 表

参考様式①

(※売上は事業収入を指します。)

	(A) 令和3年1月～12月 又は直近1年間(申 請月を含む)の 売上高合計	(B) 平成30年、平成31又 は令和2年における (A)との同一期間の 売上高合計		(D) 令和4年	(E) 平成31年、令和2 年、令和3年におけ る(C)の申請月と同 月の売上高		(G) (E)の月の売上高が 含まれる事業年度 の売上高合計 【法人のみ】
対象 期間	年 月 ～ 年 月	年 月 ～ 年 月	対象 期間	年	対象 期間	年 月 ～ 年 月	
月			1月			月	
月			2月			月	
月			3月			月	
月			月			月	
月			月			月	
月			月			月	
月			月			月	
月			月			月	
月			月			月	
月			月			月	
月			月			月	
月			月			月	
月			月			月	
月			月			月	
月			月			月	
月			月			月	
合計			合計			合計	

- ※(A)、(B)、(G)については、12か月の記載が必要
- ※(A)については、直近1年間を選択した場合、(D)への記載と一部期間が重複しますが、(A)(D)両方へ記載してください。
- ※(G)については、事業者の事業年度の期間によって変わります。
- ※(D)については、直近1か月の売上高まで記載が必要
- ※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金額は、当社の売上高と相違ありません。

令和 年 月 日

法人名又は屋号名

代表者

連絡先

令和3年度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

令和3年度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 <参考>全施設(店舗)数



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	

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	

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。

令和 年 月 日

法人名又は屋号名

代表者

連絡先

従業員数一覧表

法人か個人に☑を入れ、ご記入ください。

 法人

※県内外ともに施設(店舗)がある場合は、申請日直近の「法人県民税・事業税申告書」のうち第10号様式「課税標準の分割に関する明細書」の「道府県民税」の分割基準に記載している従業員数で按分します。県内のみに施設(店舗)がある場合は、「法人市民税確定申告書」の第20号様式若しくは「課税標準の分割に関する明細書」の第22号の2様式又は「法人事業概況説明書」に記載されている従業員数を記入します。

1 全従業員数

_____人

2 高知県内施設(店舗)の従業員数

_____人

 個人

※申請日直近の健康保険・厚生年金保険標準報酬決定通知書に記載された被保険者数を記入してください。

1 全従業員数

_____人

2 高知県内施設(店舗)の従業員数

_____人

【添付書類】

●法人の場合

- 申請日直近の法人県民税・事業税申告書のうち、第10号様式(第10号様式「課税標準の分割に関する明細書」の「道府県民税」分割基準に記載した従業者数が分かるもの)
- 申請日直近の法人市民税確定申告書のうち、第20号様式又は第22号の2様式(法人市民税の分割明細書)
- 法人事業概況説明書

●個人の場合

- 申請日直近の「健康保険・厚生年金保険標準報酬決定通知書」

※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人数は、当社の従業員数と相違ありません。

令和 年 月 日

法人名又は屋号名

代表者

連絡先