

※太枠内を申請者が記入してください。

様式 3

# 記入例

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

令和4年1月から3月のうち、申請する月に「○」を付けてください。  
※営業時間短縮要請の対象事業者は、「2月」に「○」を付けてください。

認定経営革新等支援機関等の名称を記載してください。

1月 ・ **2月** ・ 3月

(申請する月に「○」を付けてください。)

令和 4 年 3 月 24 日

(認定経営革新等支援機関等)

土佐 次郎 様

法人所在地(※1) **高知市丸ノ**  
(※1)個人事業主の場合は事業主の

日付の書き忘れがないようご確認ください。

個人:申請者住所を記載してください。  
法人:登記の住所を記載してください。

屋号・法人名 **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。

代表者氏名 **代表取締役 高知 太郎**

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

選択した年に○を付けてください。

### 1. 売上について (※売上は事業収入を指します。)

(1) 令和3年1月～12月又は直近1年間(※2)の <b>売上高合計</b> (※2)直近1年間は申請月(下記(4))を含むものとします。	(A)	120,000,000 円
(2) <b>平成30年、平成31年又は令和2年(いずれかに「○」)</b> の (1)と <b>同一期間</b> の売上高合計	(B)	145,000,000 円
(3) 売上高の <b>減少額</b> (B) - (A) =	(C)	25,000,000 円
<b>減少率</b> (C) ÷ (B) × 100 = (ア)	(ア)	17.2 % ≧ 15%
(4) <b>申請月の売上高</b>	(D)	8,250,000 円
(5) <b>平成31年、令和2年又は令和3年(いずれかに「○」)</b> の (4)と <b>同月</b> の売上高	(E)	15,000,000 円
(6) 売上高の <b>減少額</b> (E) - (D) = (F)	(F)	6,750,000 円
<b>減少率</b> (F) ÷ (E) × 100 = (イ)	(イ)	45.0 % ≧ 30%
(7) <法人のみ(※3)> (5)で選択した月を含む <b>事業年度の売上高合計</b> (※3)個人事業主の方は記入不要です。	(G)	165,000,000 円

小数点第2位以下を切り捨ててください。

### 2. 県内施設(店舗)数及び従業員数について

(8) 全施設(店舗)数	<b>3</b>	(10) 高知県内施設(店舗)数	<b>2</b>
(9) 全従業員数	<b>42 人</b>	(11) 高知県内施設(店舗)の従業員数	<b>30 人</b>

【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 4 年 3 月 25 日

押印忘れがないようご確認ください。

認定経営革新等支援機関等 確認事項	ID番号(ない場合は登録番号等)	0123456789101	
	名称	土佐 次郎 印	
	(法人の場合)代表者の氏名		
	住所又は所在地	高知市●●町○丁目△△番地	
	電話番号	088 - ●●● - ◇◇◇◇	
申請を確認し証明した減少率	(ア)	17.2 % ≧ 15%	(イ) 45.0 % ≧ 30%

(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。