

# 記入例

様式 3

※太枠内を申請者が記入して下さい

## 高知県新型コロナウイルス感染症対策臨時給付金 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。)

依頼日：令和 4 年 2 月 25 日

〈認定経営革新等支援機関

令和4年1月から3月のうち、最も影響の大きかった月に「○」を付けて提出してください。

※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。

土佐 次郎

認定経営革新等支援機関等の名称を記載してください

法人所在地(※1) 高知市丸ノ内1-2-20

(※1) 個人事業主の場合は事業主の住所

法人名・屋号 高知株式会社

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。

つきましては、高知県新型コロナウイルス感染症

令和3年・令和2年・平成31年のいずれかに「○」をお付けください。

での証明発行をお願いします。

記

以下の売上とは、高知県内の事業所の事業収入を指します

1 申請月の売上高合計 650,000円(A)

2 令和3年・令和2年・平成31年(いずれかに○)

同月の売上高合計 1,000,000円(B)

3 売上高の減少額 (B) - (A) = 350,000円(C)

減少比率 (C) ÷ (B) × 100 = 35% (D) ≥ 30%

4 2で選択した月の1か月の営業日数 18日(E)

<法人の場合のみ記入(※1)>

5 2で選択した月を含む事業年度の売上高合計 12,000,000円(F)

(※1) 個人事業主の方は記入不要です。

申請のとおり、相違ないことを証明します。

令和 4 年 2 月 25 日

押印忘れがないよう  
ご確認下さい

ID番号(ない場合は登録番号等)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1
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	088-000-XXXX

(注1) 証明申請にあたっては、売上の根拠となるものを認定支援機関等に提出してください。(任意様式)

(注2) 本証明書は、高知県新型コロナウイルス感染症対策臨時給付金の給付申請以外の目的では利用できません。