

【 ・ 1 月 】 様式 1
 【 ・ 2 月 】
 【 ・ 3 月 】

高知県新型コロナウイルス感染症対策臨時給付金給付申請書

高知県知事 様 (申請する対象月に「○」を付けてください。)

次のとおり、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 | 個人事業主の場合 | 〒 - 店舗所在地 |
| | 代表者職・氏名 | | 屋号名 |
| | 法人所在地(※1) 〒 - | | 氏名 |
| | 代表者の住所(※2) 〒 - | | 生年月日 年 月 日 |
| | 代表者の生年月日 年 月 日 | | 事業主住所(※2) 〒 - |
| | 電話番号 - - | | 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

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|----------------|------------------|----|------------|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 法人情報 | 法人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 給付対象法人であることの確認 | 資本金(又は出資金) 万円 | 業種 | 常時雇用する従業員数 | | 人 | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | |
|-------|-------------|------|----------|---|
| 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雇用維持臨時支援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・雇用維持給付金 | 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、雇用維持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雇用維持臨時支援給付金(令和4年1月～3月のいずれか1か月) | _____円 | | 2 | 左記の協力金、雇用維持給付金を受給済み |
| | | 3 | | 左記の協力金、雇用維持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、「高知県新型コロナウイルス感染症対策臨時給付金 給付等要領別表2」をご覧ください。

※下記（１）～（２）のうち、いずれかの□に☑を入れ、内容を記入して下さい

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <p>(1) <u>新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う、全国的なまん延防止等重点措置の適用及び営業時間の短縮要請や県の対応ステージの「特別警戒」への引き上げ等に伴う外出・移動の自粛等により直接的・間接的な影響を受けた。</u></p> <p>・申請対象期間（令和４年１月、２月又は３月）に係る具体的な影響内容を記載して下さい。</p> |
| <input type="checkbox"/> | <p>(2) <u>営業時間短縮要請の対象事業者で、対象施設全てについて要請事項に協力し、営業時間短縮要請協力金を受給した飲食店等である。</u></p> <p>※要領の「２．申請要件」の（４）に該当する事業者が選択</p> <p>・具体的な施設名を記載して下さい。()</p> <p>・酒類の提供の有無について○をして下さい。(有り ・ 無し)</p> |

※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 年 月 日

〈認定経営革新等支援機関等〉

様

法人所在地(※1)

(※1) 個人事業主の場合は事業主の住所

法人名・屋号

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。

つきましては、高知県新型コロナウイルス感染症対策臨時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

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 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 円 (B)

3 売上高の減少額 (B) - (A) = 円 (C)

減少比率 (C) ÷ (B) × 100 = % (D) ≥ 30%

4 2で選択した月の1か月の営業日数 日 (E)

<法人の場合のみ記入(※2)>

5 2で選択した月を含む事業年度の売上高合計 円 (F)

(※2) 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 年 月 日

| | |
|------------------|---|
| ID番号(ない場合は登録番号等) | |
| 名称 | 印 |
| (法人の場合)代表者の氏名 | |
| 住所 又は 所在地 | |
| 電話番号 | |

(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。

誓約書

様式4

私は、高知県新型コロナウイルス感染症対策臨時給付金給付要綱（以下「要綱」という。）に基づいて「高知県新型コロナウイルス感染症対策臨時給付金」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は、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高減少が続く事業者に対しての支援金（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（申請書及び提出書類に記載された情報）の依頼があった場合
- 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（個人事業主の場合は事業主の住所）

法人名 _____

屋号名 _____

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。