

※太枠内を申請者が記入して下さい

## 高知県営業時間短縮要請対応臨時給付金

高知県営業時間短縮要請の影響による売上減少等の証明申請書【1月分】

依頼日：令和 年 月 日

〈認定経営革新等支援機関等〉

様

所在地

法人名・屋号

代表者氏名 印

私は、高知県営業時間短縮要請（12/16～1/11）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、高知県営業時間短縮要請対応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

売上とは、高知県内の事業所の事業収入を指します1 令和3年 1月の売上高合計 \_\_\_\_\_ 円 (A)※令和3年 1月の1ヵ月間の売上高合計を記入してください。2 令和2年・平成31年(何れかに○) 1月の1ヶ月間の売上高合計 \_\_\_\_\_ 円 (B)

・平成31年を選択した場合はその特殊事情 \_\_\_\_\_

3 売上高の減少額 (B) - (A) = \_\_\_\_\_ 円 (C)

減少比率 (C) ÷ (B) × 100 = \_\_\_\_\_ % ≥ 30%

申請のとおり、相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

認定経営革新等支援機関ID番号	
認定経営革新等支援機関等の名称	印
(機関が法人の場合)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、高知県営業時間短縮要請対応臨時給付金の給付申請以外の目的では利用できません。