

記入例（法人）

様式1-1

高知県営業時間短縮要請対応臨時給付金給付申請書【12月分】

高知県知事 様

申請書はボールペンでお書きください。
(消せるボールペン不可)

次のとおり、高知県営業時間短縮要請対応臨時給付金の給付を受けるために、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

令和 3 年 2 月 15 日

法人名(屋号)、代表者名(氏名)等、
申請者情報は必ず自署をお願いします。
ゴム印は使用しないでください。

法人の場合	法人名	高知株式会社		業種	
	代表者職・氏名	代表取締役 高知 太郎	印(※1)	屋号	
	法人所在地	〒780 - 8570 高知市丸ノ内1-2-20		氏名	
	代表者の住所(※2)	〒780 - ●●●● 高知市●●町●-●-●		事業主の住所(※2)	
	生年月日	昭和40年 10月 10日		生	
	電話番号	088 - ●●●● - ●●●●		電	

※1 法人の登記時の印鑑を押印して下さい

※2 書類に不備等がある場合、こちらの連絡先にご連絡いたします。日中連絡が取れる連絡先を記載してください。

※3 申請書添付の本人確認資料記載の住所としてください。

※1 法人の登記時の印鑑を押印して下さい

記

申請金額	① 様式3の(C)欄の金額 (令和2年 12月 の売上高の減少額)	350,000 円
	② 法人の場合 40万円 ・ 個人事業主の場合 20万円	
	上記 ①と②の低い方の金額を記入してください	350,000 円 この金額が申請金額になります

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	●●業	常時雇用する従業員数	●● 人				

振込先※2	金融機関名(ゆうちょ銀行以外)	〇〇銀行		支店・支所名	△△支店		
	ゆうちょ銀行	店番		預金種類	普通 当座・その他()		
	共通	口座番号	0 1 2 3 4 5 6	※口座番号は右詰めで記入してください			
		フリガナ	コウチ(カ)				
	口座名義	高知株式会社					

※2 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。)

申請担当者	担当者名	フリガナ	コウチ ハナコ		所属(法人のみ)
		氏名	高知 花子		
	日中連絡が取れる連絡先	090 - ●●●● - ××××			

書類に不備等がある場合、こちらの連絡先にご連絡いたします。

●添付が必要な書類については、「高知県営業時間短縮要請対応臨時給付金 給付等要領 別表2」をご覧ください。