

記入例（個人事業主）

様式1-2

高知県営業時間短縮要請対応臨時給付金給付申請書【1月分】

高知県知事 様

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希望するので、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）

令和 3 年 2 月 15 日

| | | | | | | |
|-------|------------|--------|----------|------------|-----------------------------|----------------------|
| 法人の場合 | 法人名 | | 個人事業主の場合 | 業種 | ●●業 | 押印忘れがないよう ご確認ください |
| | 代表者職・氏名 | 印 (※1) | | 屋号 | ●●● | |
| | 法人所在地 | 〒 - | | 氏名 | 高知 花子 | 印 |
| | 代表者の住所(※2) | 〒 | | 事業主の住所(※2) | 〒780 - 8570 高知市丸ノ内1-2-20 | |
| | 生年月日 | | | 生年月日 | 昭和40 年 10 月 10 日 | |
| | 電話番号 | | | 電話番号 | 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。日中連絡が取れる連絡先を記載してください。

※2「代表者の住所」「事業主の住所」は添付の本人確認資料記載の住所としてください。
 12月分を申請している場合は、丸で囲んでください。

※1 法人の登記時の印鑑を押印して下さい

| | |
|---------|---|
| 給付金受給状況 | 令和2年 <u>12月</u> 分の高知県営業時間短縮要請対応臨時給付金を（申請済み・未申請） ※該当するものを○で囲んでください。 |
|---------|---|

| | | |
|------|--|-----------------------------|
| 申請金額 | ① 様式3の(C)欄の金額 (令和3年 <u>1月</u> 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 | 200,000 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 | 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) | ○○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 ハナコ | | | | | | | |
| | 口座名義 | 高知 花子 | | | | | | | | |

※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 | 担当氏名 | フリガナ | コウチ ハナコ | | 所属(法人のみ) | 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。 |
| | | 氏名 | 高知 花子 | | | |
| | 日中連絡が取れる連絡先 | 090 - ●●●● - ×××× | | | | |

●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。