

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			
	代表者職・氏名		印	(※1)
	法人所在地			
	代表者の住所(※2)			
	生年月日	年	月	日
	電話番号			

個人事業主の場合	業種			
	屋号			
	氏名		印	
	事業主の住所(※2)			
	生年月日	年	月	日
	電話番号			

※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。

※1 法人の登記時の印鑑を押印して下さい

記

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)	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	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)					支店・支所名				
	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					※口座番号は右詰めで記入してください			
		フリガナ								

※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			所属 (法人のみ)	
		氏名				
	日中連絡が取れる連絡先	—		—		

●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。