

「高知県営業時間短縮要請対応臨時給付金」 申請書類のよくある誤り事例

R3. 4. 5時点

事例1 (様式1) 申請書の申請金額が誤っている。

(×誤)

高知県営業時間短縮要請対応臨時給付金給付申請書 様式1

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3年2月15日

法人名	業種 ●●業
代表者職・氏名	屋号 ●●●
印 (※1)	氏名 高知 花子 印
〒 -	〒 780 - 8570
法人所在地	事業主の住所(※2) 高知市丸ノ内1-2-20
〒 -	生年月日 昭和40年10月10日
代表者の住所(※2)	電話番号 090-●●●-●●●●
生年月日 年 月 日	※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。
電話番号	

※1 法人の登記時の印鑑を押印して下さい

① 様式3の(C)欄の金額 (令和2年12月の売上高の減少額) ⇒	270,465 円
② 法人の場合 40万円 ・ 個人事業主の場合 20万円	
申請金額	上記①と②の低い方の金額を記入してください ⇒ 20 円

単位の誤り (〇万円で記載している)

(○正)

高知県営業時間短縮要請対応臨時給付金給付申請書 様式1

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3年2月15日

法人名	業種 ●●業
代表者職・氏名	屋号 ●●●
印 (※1)	氏名 高知 花子 印
〒 -	〒 780 - 8570
法人所在地	事業主の住所(※2) 高知市丸ノ内1-2-20
〒 -	生年月日 昭和40年10月10日
代表者の住所(※2)	電話番号 090-●●●-●●●●
生年月日 年 月 日	※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。
電話番号	

※1 法人の登記時の印鑑を押印して下さい

① 様式3の(C)欄の金額 (令和2年12月の売上高の減少額) ⇒	270,465 円
② 法人の場合 40万円 ・ 個人事業主の場合 20万円	
申請金額	上記①と②の低い方の金額を記入してください ⇒ 200,000 円

申請金額は円単位で記載してください。

事例2 (様式2) 該当要件申告書の影響内容の記載場所が誤っている。

(×誤)

高知県営業時間短縮要請対応臨時給付金 該当要件申告書 様式2

※どちらかに☑を入れ、内容を記入して下さい

・営業時間短縮要請に伴い、営業時間を短縮した飲食店等と直接・間接の取引がある。
・具体的な取引内容を記載して下さい。

タクシー・ハイヤー車を営んでおり、外出・移動の自粛により売上げが減少した。

・高知県内の主な取引先に記載して下さい。
(※間接取引の場合、②取引先の内容を記載したうえで、②以降に最終の飲食店等まで)

☑ 外出・移動の自粛による影響内容を、飲食店等と取引がある場合の取引内容記入欄に記載している。

月間取引金額 平均 円

③ 取引先名 取引先住所

月間取引金額 平均 円

外出・移動の自粛による影響内容を、飲食店等と取引がある場合の取引内容記入欄に記載している。

(○正)

高知県営業時間短縮要請対応臨時給付金 該当要件申告書 様式2

※どちらかに☑を入れ、内容を記入して下さい

・営業時間短縮要請に伴い、営業時間を短縮した飲食店等と直接・間接の取引がある。
・具体的な取引内容を記載して下さい。

タクシー・ハイヤー車を営んでおり、外出・移動の自粛により売上げが減少した。

・営業時間の短縮要請や県の対応ステージの「特別警戒」への引き上げに伴う外出・移動の自粛により直接的・間接的な影響を受けた。
・具体的な影響内容を記載して下さい。

☑ タクシー・ハイヤー車を営んでおり、外出・移動の自粛により売上げが減少した。

所定の記入欄に記載してください。

所定の記入欄に記載してください。

事例3 (様式3) 売上減少等の証明申請書を、認定経営革新等支援機関等の証明を受けずに県へ提出している。

(×誤)

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
依頼日：令和3年2月11日
(認定経営革新等支援機関等)

様
所在地 高知市丸の内1-2-20
法人名・屋号 高知株式会社
代表者氏名 代表取締役 高知 太郎 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2年12月の売上高合計 650,000 円(A)
※令和2年12月の1ヵ月間の売上高合計を記入してください。

2 令和元年・平成30年(何れかに○)12月の1ヵ月間の売上高合計 1,000,000 円(B)
・平成30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) = 350,000 円(C)

減少比率 (C) ÷ (B) × 100 = 35 % ≥ 30%

申請のとおり、相違ないことを証明します。
令和 年 日 日

認定経営革新等支援機関ID番号		印
認定経営革新等支援機関等の名称 (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		

認定経営革新等支援機関等の証明がない。

(○正)

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
依頼日：令和3年2月11日
(認定経営革新等支援機関等)

土佐 次郎 様
所在地 高知市丸の内1-2-20
法人名・屋号 高知株式会社
代表者氏名 代表取締役 高知 太郎 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2年12月の売上高合計 650,000 円(A)
※令和2年12月の1ヵ月間の売上高合計を記入してください。

2 令和元年・平成30年(何れかに○)12月の1ヵ月間の売上高合計 1,000,000 円(B)
・平成30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) = 350,000 円(C)

減少比率 (C) ÷ (B) × 100 = 35 % ≥ 30%

申請のとおり、相違ないことを証明します。
令和3年2月12日

認定経営革新等支援機関ID番号	0123456789101	土佐 次郎印
認定経営革新等支援機関等の名称 (機関が法人の場合)代表者の氏名	土佐 次郎	
住所又は所在地	高知市●●町○丁目△△番地	
電話番号	088-●●●-●●●●	

認定経営革新等支援機関等の証明を受けてください。

事例4 (様式4) 誓約書を自署していない。

(×誤)

誓約書
様式4

私は、高知県営業時間短縮要請対応臨時給付金給付要綱に基づいて「高知県営業時間短縮要請対応臨時給付金」を申請するに当たり、下記の内容について誓約します。

記

ゴム印又はパソコンで印字されている。

法人所在地 (個人事業主の場合は事業主の住所)
高知市丸の内1-2-20

法人名 高知株式会社
屋号名 高知株式会社

代表者職・氏名 代表取締役 高知 太郎

※法人の代表者又は個人事業主が自署してください。

(○正)

誓約書
様式4

私は、高知県営業時間短縮要請対応臨時給付金給付要綱に基づいて「高知県営業時間短縮要請対応臨時給付金」を申請するに当たり、下記の内容について誓約します。

記

代表者本人が自署してください。 3年 2月 15日

法人所在地 (個人事業主の場合は事業主の住所)
高知市丸の内1-2-20

法人名 高知株式会社
屋号名 高知株式会社

代表者職・氏名 代表取締役 高知 太郎

※法人の代表者又は個人事業主が自署してください。