**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**

|  |  |
| --- | --- |
| **□** | **・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。****・高知県内の主な取引先についてを記載して下さい。****（※間接取引の場合は、下記①に間接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の内容を記載して下さい。その際②以降の月間取引金額は空白でもかまいません。）****① 取引先名　　　　　　　　　　　取引先住所****月間取引金額　平均　　　　　　　　　円****② 取引先名　　　　　　　　　　　取引先住所****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** |
| **□** | **・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。** |

**※どちらかに☑を入れ、内容を記入して下さい**