

高知県営業時間短縮要請対応臨時給付金給付申請書【6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	_____
	法人 所在地	〒 _____
	代表者の 住所(※1)	〒 _____
	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	_____
	事業主の 住所(※1)	〒 _____
	生年月日	_____年 _____月 _____日
	電話番号	_____

※1「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。

記

申請金額	① 様式3の(C)欄の金額 (令和3年 <u>6月</u> の売上高の減少額)	_____ 円
	② 様式3の(B)欄の金額 (令和2年又は令和元年6月の売上高) ÷ 同月の 営業日数 × 3	_____ 円 <small>(1円未満の端数切り捨て) 75万円を超える場合は75万円 25万円未満の場合は25万円</small>
	上記 ①と②の低い方の金額を記入してください	_____ 円 <small>この金額が申請金額になります</small>

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※3	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	_____						
	口座名義	_____							

※3 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2-2」をご覧ください。