

記入例

様式 3

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

認定経営革新等支援機関の  
名称を記載してください

押印忘れがないよう  
ご確認下さい

所在地 高知市丸ノ内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。

売上とは、高知県内の

令和元年・平成 30 年のいずれかに  
○をお付けください。

1 令和 2 年 12 月の売上 650.000 円 (A)

※令和 2 年 12 月の 1 ヶ月間 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 ヶ月間の売上高合計 1.000.000 円 (B)

・平成 30 年を選択した場合はその特殊事情 令和元年 12 月は●●のため休業していたため、

売上がなく、前年対比ではプラスになってしまうことから前々年の売上げで比較した。

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 日 12 日

小数点以下を切り  
捨ててください。

押印忘れがないよう  
ご確認下さい

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

(注 1) 証明申請にあたっては、売上の根拠となるものを認定支援機関等に提出してください。(任意様式)

(注 2) 本証明書は、高知県営業時間短縮要請対応臨時給付金の給付申請以外の目的では利用できません。