

記入例（個人事業主）

様式1

高知県営業時間短縮要請対応臨時給付金給付申請書

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申請書はボールペンでお書きください。
 （消せるボールペン不可）

令和 3 年 2 月 15 日

法人の場合	法人名		個人事業主の場合	業種	●●業	押印忘れがないよう ご確認下さい
	代表者職・氏名	印 (※1)		屋号	●●●	
	法人所在地	〒 —		氏名	高知 花子	印
	代表者の住所(※2)	〒		事業主の住所(※2)	〒780 - 8570 高知市丸ノ内1-2-20	
	生年月日			生年月日	昭和40 年 10 月 10 日	
	電話番号			電話番号	090 - ●●●● - ●●●●	

書類に不備等がある場合、こちらの連絡先にご連絡いたします。日中連絡が取れる連絡先を記載してください。

※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

申請金額	① 様式3の(C)欄の金額（令和2年12月の売上高の減少額）	350,000 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	200,000 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)	〇〇銀行					支店・支所名	△△支店				
	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	0	1	2	3	4	5	6	※口座番号は右詰めで記入してください		
		フリガナ	コウチ ハナコ									
	口座名義	高知 花子										

※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	コウチ ハナコ					所属 (法人のみ)	書類に不備等がある場合、こちらの連絡先にご連絡いたします。
		氏名	高知 花子						
		日中連絡が取れる連絡先	090 - ●●●● - ××××						

●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。