

※太枠内を申請者が記入してください。

様式 3

新型コロナウイルス感染症対策雇用維持臨時支援給付金  
新型コロナウイルス感染症の影響による売上減少等の証明申請書

令和 年 月 日

〈認定経営革新等支援機関等〉

様

所在地

屋号・法人名

代表者氏名

私は、今般の新型コロナウイルス感染症の広がりにより影響を受け、下記のとおり売上が減少しましたので、新型コロナウイルス感染症対策雇用維持臨時支援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

1 売上について (※売上は事業収入をいいます。)

(1) 令和2年1月～12月の売上高合計 (A) 円

平成31年1月～令和元年12月の売上高合計 (B) 円

売上高の減少額 (B) - (A) = 円 (C)

減少比率 (C) ÷ (B) × 100 = (ア) % ≥ 15%

(2) 令和 年 月～令和 年 月の2か月の売上高合計 (D) 円

※令和2年12月から令和3年3月までの任意の連続する2か月間の売上高合計を記入してください。

前年・前々年(何れかに○)同期間の2か月の売上高合計 (E) 円

・前々年を選択した場合はその特殊事情

売上高の減少額 (E) - (D) = 円 (F)

減少比率 (F) ÷ (E) × 100 = (イ) % ≥ 30%

2 県内施設(店舗)数について

(1) 全施設(店舗)数 (2) 高知県内施設(店舗)数

3 従業員数について

(1) 全従業員数 人 (2) 高知県内施設(店舗)の従業員数 人

【県内外ともに施設(店舗)がある場合は、以下に記載する書類(法人の場合、個人の場合)を提出してください。】

法人の場合: 申請日直近の法人県民税・事業税申告書の内、第10号様式「課税標準の分割に関する明細書」の「道府県民税分割基準に記載した従業者数

個人の場合: 申請日直近の「健康保険・厚生年金保険標準報酬決定通知書」に記載された被保険者数

申請のとおり、相違ないことを証明します。

証明日: 令和 年 月 日

認定経営革新等支援機関等 確認事項	ID番号(ない場合は登録番号等)		
	名称	印	
	(法人の場合)代表者の氏名		
	住所 又は 所在地		
	電話番号		
申請を確認し証明した減少率		(ア) % ≥ 15%	(イ) % ≥ 30%

(注1) 証明申請にあたっては、上記1～3の根拠となるものを提出してください。(任意様式)

(注2) 本証明書は、新型コロナウイルス感染症対策雇用維持臨時支援給付金の給付申請以外の目的では利用できません。