

浅川町事業継続支援給付金交付申請書

令和 2 年 月 日

浅川町長 江田 文男 様

住所（所在地） 浅川町大字

申請者 氏名（名称） 印

電話番号

（法人の場合）資本金の額 円

新型コロナウイルス感染症拡大の影響に伴う浅川町事業継続支援給付金交付要綱第5条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

1 申請額 100,000円

2 業種区分 _____ 業 ※複数の業種がある場合は主となるもの。

3 売上高等

A 対象期間の売上げのうち一月の売上げが20%以上減少した月の売上高等

令和 2 年 月の売上高等 円

B Aの期間に対応する前年の同月の売上高等

年 月の売上高等 円

※事業開始後1年未満の場合は、Aの期間の直近3か月の平均を記載すること。

C $B - A / B \times 100$ 減少率 % ※小数第2位を四捨五入。

4 添付書類（添付する書類に☑をつける）

① 売上高等の実績が確認できる書類（試算表、売上台帳等）

② 直近の確定申告書、決算報告書、法人事業概要説明書等の写し

③ 振込先口座の通帳の写し

5 振込先口座

| | |
|-------|-------------|
| 金融機関名 | 銀行・農協・金庫・組合 |
| 店名 | 本店・支店 |
| 口座種別 | 1. 普通 2. 当座 |
| 口座番号 | |
| フリガナ | |
| 口座名義人 | |

【宣言、同意及び誓約】

- ① 本申請にあたり上記の記載内容に相違ありません。
- ② 反社会勢力との関係はありません。
- ③ 本申請の審査のため、事業内容や売上高等について調査すること、関係する機関等への照会を行う場合があることに同意します。
- ④ 記載内容に虚偽があった場合は、本給付金を返還することを誓約いたします。

署名