様式第１号

年　　　月　　　日

いの町事業継続臨時支援金交付申請書

いの町長　池　田　牧　子　様

　　　　　　　　　　　　　郵便番号

所 在 地

商　　号

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　電話番号

下記事項に同意の上、いの町事業継続臨時支援金を申請します。

① 申請内容確認のため事務所への立入検査を行う場合があること。

② 申請内容確認のため報告を求められた場合は、速やかにこれに応じること。

③ 申請内容に虚偽が認められた場合、支援金の取消または返還に応じること。

④ ２０２０年１月から５月までの事業収入について、国の持続化給付金の申請を行う予定が無い、または行っていないこと。

⑤ 今後も事業継続する意思があること。

　　支援金交付申請額　　　金　　　　　　　　　円

様式第１号

申請内容

■申請タイプ（いずれかにチェックしてください）

|  |  |
| --- | --- |
| □（１）事業継続（一般）臨時支援金  □（２）事業継続（創業応援）臨時支援金  □（３）事業継続（特定）臨時支援金 |  |

■事業形態（いずれかにチェックし、法人の場合は法人番号を記入してください）

|  |  |
| --- | --- |
| □　個人事業者 | □ 法人（法人番号13桁：　　　　　　　　　　　） |

（１）売上減少の確認【一般用】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ①令和２年　　月の売上 | ②　前年同月の売上 | 売上減少率　 × 100 |
| 円 | 円 | ％ |
| ③　前年の売上合計額 | ④　①×１２か月 | 申請対象額（③‐④） |
| 円 | 円 | 円 |

※ 前年同月の売上が無い場合（昨年５月以降に創業した場合）は、前年の売上合計額を創業後の月数で除した額と本年１～５月の任意の一月の売上を比較して、２０％以上５０％未満の減少率であれば対象になります。

※ ただし、申請対象額が法人の場合５０万円を超える場合は50万円を上限、

個人の場合は３０万円を超える場合は３０万円を上限とします。

（２）開業年月日【創業応援用】

|  |  |
| --- | --- |
| 開業日：　　　　年　　月　　日 | 業種： |

（３）売上減少の確認【特定用】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 令和元年５月の売上 | 交付率 | 申請対象額 |
| 円 | ×０．３ | ＝　　　　　　　　　　　　円 |

※ ただし、申請対象額が200万円を超える場合は、200万円を上限とします。

様式第１号

■代理人申請行う場合

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 代理人 | フリガナ | 代理人住所 |
| 代理人氏名 |
|  | 〒  電話番号 |
|  |
| 上記の者を代理人に選任し、支援金申請を委任します。 | | 事業所代表者名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |