

(表面)

様式第1号 (第6条関係)

年 月 日

劍淵町長 様

住 所

事業所名

氏 名

㊞

(法人の場合は名称及び代表者職氏名)

電話番号

()

劍淵町中小企業等経営継続支援給付金交付申請書

劍淵町中小企業等経営継続支援給付金交付要綱第6条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり給付金の交付を申請します。

記

- 1 交付申請額 100,000円
2 給付金の使途 _____
3 給付金の交付方法 口座振込
4 売上額の比較 裏面のとおり

誓約書及び同意書

劍淵町中小企業等経営継続支援給付金交付要綱第4条(給付対象者)の規定に該当することを誓約します。

また、審査に当たって、町が事務を委託した _____ を通じて売上の減少を証明する帳簿類等の写しを町に提出すること、町が町税等の申告状況、納付状況等を調査することに同意します。

年 月 日

氏名 (法人の場合は名称及び代表者職氏名)

㊞

※町処理欄 (町の処理欄ですので、こちらには何も記載しないでください。)

減収額確認	<input type="checkbox"/> 確認済 ・ <input type="checkbox"/> 未確認
納税確認	<input type="checkbox"/> 未納額なし ・ <input type="checkbox"/> 未納額あり (<input type="checkbox"/> 猶予あり ・ <input type="checkbox"/> 猶予なし)
確認日	年 月 日 ・ 確認者 _____

(裏面)

1 売上額の比較

比較月	令和元年又は令和2年の売上額 A	令和3年の売上額 B	前年(前々年)同月比減少率 (A - B) ÷ A × 100
1月	年 円	円	%
2月	年 円	円	%
3月	年 円	円	%
4月	年 円	円	%
5月	年 円	円	%
6月	年 円	円	%
7月	年 円	円	%
8月	年 円	円	%
9月	年 円	円	%
10月	年 円	円	%
11月	年 円	円	%
12月	年 円	円	%

※該当する月の売上額を記載して下さい。また、売上高がわかる帳簿等の写しを添付して下さい。

※令和2年1月以降に開業した事業者は、Aに「開業から令和3年12月までの間で売上の高い1か月の売上額」、Bに「開業から令和3年12月までの任意の1か月または3か月の売上額」を記載して下さい。

2 売上額減少の理由

比較月	売上額が減少となった原因として、考えられる内容をできるだけ具体的に記入して下さい。
1月	
2月	
3月	
4月	
5月	
6月	
7月	
8月	
9月	
10月	
11月	
12月	