

様式第1号(第4条関係)

越知町長 様

越知町新型コロナウイルス感染症対策臨時給付金給付申請書兼請求書

【 ・ 1月 】 【 ・ 2月 】 【 ・ 3月 】 (申請する対象月に「○」をつけてください。)

次のとおり、越知町新型コロナウイルス感染症対策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事実と相違ありません。

令和 年 月 日

申請者	
住所 (法人は本社所在地)	
法人名または屋号	
フリガナ	
代表者 職・氏名	印
連絡先	

※書類の不備等があった場合、電話で確認することがありますので、日中に連絡の取れる電話番号を記入してください。

申請金額	円
------	---

フリガナ														
口座名義														
⇒ゆうちょ銀行・郵便局の 通帳に振込みの場合	通帳の記号					通帳の番号								
	1				0	—								1
⇒銀行口座に振込む場合					口座番号(右詰)									
銀行・金庫・信組 信連・農協・労金		本店・支店 出張所			□普通 □当座									

町 確 認 欄	受 付 日		課長	補佐	係長	係

**越知町新型コロナウイルス感染症対策臨時給付金
該当要件申告書 兼 給付額試算表**

該当要件申告書

新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う、全国的なまん延防止等重点措置の適用及び営業時間の短縮要請や県の対応ステージの「特別警戒」への引き上げ等に伴う外出・移動の自粛等により直接的・間接的な影響を受けた。

・申請対象期間(令和4年1月、2月又は3月)に係る具体的な影響内容を記載して下さい。

給付額試算表

(1)	申請月の売上高減少額 (様式第4号の(C)欄の額)	(1) 円										
(2)	給付の上限額 (様式第4号の(B)欄の金額 × 3 ÷ (E)欄の営業日数)	(2) 円										
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px;">様式第4号(B)欄の金額</td> <td></td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px;">(E)欄の営業日数</td> <td></td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px;">(2)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px;">(B) 円</td> <td style="text-align: center;">× 3 ÷</td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px;">(E) 日</td> <td style="text-align: center;">=</td> <td></td> </tr> </table>	様式第4号(B)欄の金額		(E)欄の営業日数		(2)	(B) 円	× 3 ÷	(E) 日	=		※1円未満の端数切捨て ※37万5千円を超える場合は 375,000円(最大375,000円)
様式第4号(B)欄の金額		(E)欄の営業日数		(2)								
(B) 円	× 3 ÷	(E) 日	=									
(3)	給付金額 (上記(1)と(2)のいずれか低い額)	(3) 円										

誓約書

私は、越知町新型コロナウイルス感染症対策臨時給付金給付要綱(以下「要綱」という。)に基づいて「越知町新型コロナウイルス感染症対策臨時給付金」を申請するに当たり、下記の内容について誓約します。

記

- 要綱で定めている次の要件を含む全ての申請要件を満たしているとともに、申請書類の内容に虚偽や不正等はありません。
- 越知町の事務及び事業における暴力団の排除に関する規則第2条第5号に定める暴力団員等に該当しおらず、かつ、将来にわたっても該当しません。
- 不正受給が判明した場合には、給付金の返還に応じます。
- 越知町から、申請書類の内容に関して調査や報告、関係書類の提出等の求めがあった場合は、これに応じます。
- その他、越知町新型コロナウイルス感染症対策臨時給付金給付要綱の記載事項について同意の上申請します。

令和 年 月 日

越知町長 様

法人所在地(個人事業主の場合は事業主の住所)

法人名・屋号名

代表者職・氏名

※法人の代表者又は個人事業主が自署してください。

越知町新型コロナウイルス感染症対策臨時給付金 売上減少等の証明書

1月 ・ 2月 ・ 3月

(申請する月に「○」をつけてください。)

依頼日:令和 年 月 日

〈 認定経営革新等支援機関等 〉

様

法人所在地 _____

法人名・屋号 _____

代表者氏名 _____

私は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大により影響を受け、下記のとおり売上が減少しました。
つきましては、越知町新型コロナウイルス感染症対策臨時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

以下の売上とは、越知町内の事業所の事業収入を指します

1 申請月の売上高合計 _____ 円 (A)

2 令和3年・令和2年・平成31年 (いずれかに○)
同月の売上高合計 _____ 円 (B)

3 売上高の減少額 (B) - (A) = _____ 円 (C)

減少比率 (C) ÷ (B) × 100 = 20% ≤ _____ % (D) < 30%

4 2で選択した月の1か月の営業日数 _____ 日 (E)

申請のとおり、相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

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	

※ 証明申請にあたっては、売上の根拠となるものを認定支援機関等に提出してください。(任意様式)

※ 本証明書は、越知町新型コロナウイルス感染症対策臨時給付金の給付申請以外の目的では利用できません。