

様式第1号（第4条関係）

（その1）前年同月の売上と比較ができる方

南会津町緊急経済対策応援給付金交付申請書兼請求書

年 月 日

南会津町長

住所

申請者 名称

代表者 印

職氏名

（個人事業主の場合は「名称」に氏名を記入してください。）

電話

南会津町緊急経済対策応援給付金給付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請及び請求します。

給付金交付 申請額 及び請求額	円	裏面の「給付金交付額」で記載した金額
-----------------------	---	--------------------

申請者の主たる業種	
事業所又は店舗の名称	
事業所又は店舗の住所	南会津町
令和2年3月から8月までの間で、売上額が前年同月と比較して20%以上減少している月（以下「対象月」という。）	年 月
対象月の売上額（A）	円
対象月の前年同月の売上額（B）	円
売上額の減少率 $(B - A) / B \times 100$ （小数点以下第1位未満切り捨て）	%
常時使用する従業員の数（専従者を除く）	人

金融 機関名	銀行・金庫・農協		支店
口座 番号	普通 当座	口座 名義人	フリガナ

口座番号は右詰めで記入してください。

(裏面)

【誓約事項】

私(当社)は、南会津町緊急経済対策応援給付金の交付を申請するに当たり、下記の内容について誓約します。

記

1. 南会津町緊急経済対策応援給付金交付要綱第2条に規定する要件の全てを満たしています。
2. 申請書に記載された内容は事実と相違ありません。また、虚偽等があった場合は、給付金の返還に異議なく応じます。
3. 南会津町から、聴取調査、是正のための措置の求め等があった場合は、速やかにこれに応じます。

上記について誓約します。(□にレ点を記入してください。)

【添付書類(チェックシート)】

チェック

- | | |
|--|--------------------------|
| ①振込先口座が確認できる書類(通帳の写し) | <input type="checkbox"/> |
| ※通帳の表面と1頁開いた見開きの部分をコピーし、添付してください。 | |
| ②減少月の売上が確認できる書類(売上台帳等の写し) | <input type="checkbox"/> |
| ③確定申告書の写し | <input type="checkbox"/> |
| ④開業届、営業許可証などの事業所の実態が確認できる資料の写し | <input type="checkbox"/> |
| ※創業後1年未満の事業所及び事業拡大した事業所のみ | |
| ⑤常時使用する従業員名簿(※売上減少が50%以上かつ雇用がある場合) | <input type="checkbox"/> |
| ⑥売上減少が50%以上の場合、国の持続化給付金交付決定通知の写し | <input type="checkbox"/> |
| ※この場合、②③⑦の添付は不要です。 | |
| ⑦売上減少が50%未満の場合、南会津町商業等持続化緊急対策事業補助金の交付決定通知の写し又は中小企業信用保険法第2条第5項第4号の規定による町の認定書の写し | <input type="checkbox"/> |
| ※この場合、②③の添付は不要です。 | |

添付書類を確認し、でチェックしてください。

【給付金交付額】

売上額減少率が20%以上50%未満の場合	10万円
----------------------	------

又は

売上額減少率が50%以上で		
かつ、 常時使用する従業員数が	1人以上4人以下の場合	30万円
	5人以上の場合	50万円

※上記金額を表面の「給付金交付申請額及び請求額」に転記してください。

※「常時使用する従業員」とは、事業主、家族従業員及び会社役員を除き、期間の定めがなく雇用されている人、雇入れから1年以上引き続き雇用されている又は雇用が見込まれる従業員です。