

佐世保市事業者一時支援金申請書

令和 年 月 日

(あて先)佐世保市長 様

次のとおり佐世保市事業者一時支援金の支給を受けたいので関係書類を添えて申請します。

申請者

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|----|------|--|--|--|--|---|
| 本社所在地（個人事業主は住民票上の住所） | 〒 | | | | | | | | | | |
| 2022.1.19時点の所在地・住所 | | | | | | | | | | | |
| 法人名（屋号） | | | | | | | | | | | |
| 代表者 職・氏名 | | | | | | | | | | | |
| 法人番号（法人のみ・13桁） | | | | | | | | | | | |
| 対象事業所（店舗）の住所 | | | | | | | | | | | |
| 電話番号・担当者名 <small>日中に連絡がとれる番号を記入願います</small> | () - | | | | | | | | | | |
| 業種※該当業種にチェックをしてください | <input type="checkbox"/> 11 卸売・小売業 <input type="checkbox"/> 12 サービス業 <input type="checkbox"/> 13 医療・福祉 <input type="checkbox"/> 14 建設業 <input type="checkbox"/> 15 不動産業 <input type="checkbox"/> 16 製造業 <input type="checkbox"/> 17 教育・学習支援 <input type="checkbox"/> 18 運輸業 <input type="checkbox"/> 19 情報通信業 <input type="checkbox"/> 20 電気・ガス・熱供給・水道業 <input type="checkbox"/> 21 飲食業 <input type="checkbox"/> 22 宿泊業 <input type="checkbox"/> 23 農業・林業 <input type="checkbox"/> 24 漁業 <input type="checkbox"/> 25 その他() | | | | | | | | | | |
| 資本金 | | | | | 千円 | 従業員数 | | | | | 人 |

1 振込先 ※振込口座通帳の表紙の裏面(1、2ページ目)の写しを添付してください。

下の口座については、当社(私)が使用する口座に間違いありません。

| | | | | | | | | | | |
|------------------------|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 金融機関名 | (金融機関コード) | | | | | | | | | |
| 支店名等 | (支店コード) | | | | | | | | | |
| 預金種別 | 1.普通 2.当座 (該当する方を○で囲んでください) | | | | | | | | | |
| 口座番号 | (右づめで記入) | | | | | | | | | |
| 口座名義人 ※カタカナで記入して下さい | | | | | | | | | | |

(注1) ゆうちょ銀行の場合は、他金融機関からの振込の受取口座として利用する際の店名、店番、預金種目及び口座番号をご記入ください。

(注2) 旧十八銀行、旧親和銀行の通帳は十八親和銀行の通帳へ切り替えのうえご記入ください。

2 売上高比較表

2022年1月、2月、3月のうちいずれかの月間事業収入が対2021年又は2020年、2019年同月比で20%以上30%未満減少していること。(いずれか2か月まで申請できます。)

②の基準月は2月とも同年の月となります。

④が20%未満または30%以上の場合、その月の申請額は0円。

| ① 2022年月間 事業収入 (対象月) | ② 基準月の月間事業収入 | | | ③ 減少額 (②-①) | ④ 減少率 ③÷②×100 ※小数点以下 切捨て | 給付金申請額 ③が10万円以上の場合は 10万円、③が10万円未満の 場合は③を記入 ※④が20%未満または30% 以上=0円 |
|-------------------------------|-----------------|---|--------|-------------------|--------------------------------------|--|
| | 年 | 月 | 月間事業収入 | | | |
| 円 | | | 円 | 円 | % | A: 円 |
| 円 | | | 円 | 円 | % | B: 円 |
| 給付申請額【A+B (千円未満切り捨て)】 | | | | | | _____,000円 ※千円未満切り捨て |

※1事業者あたり1回限りの申請となりますので、減少率の確認を十分行ってください。

3 該当要件申告

下記の給付要件のうち、該当するものにチェックをしてください。

※複数要件に該当する場合でも、チェックはひとつで構いません。

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | (ア) 県の営業時間短縮要請等に協力した飲食店等と直接・間接の取引があること |
| | <input type="checkbox"/> 飲食業等 (名称:) <input type="checkbox"/> 遊興施設 (名称:) |
| <input type="checkbox"/> | (イ) 不要不急の外出・移動自粛要請により直接の影響を受けたこと |
| | (具体的内容) <input type="checkbox"/> 外出・自粛要請により来店客が減少し、売上が減少した。 <input type="checkbox"/> 営業活動の制限により、売上が減少した。 <input type="checkbox"/> その他 [] |