

【 記 入 例 】

令和 年 月 日

大鰐町長 殿

①申請年月日を記入

申請者 { 所在地又は住所
 法人名・屋号
 代表者職・氏名
 (個人事業主は職名不要)
 (電話番号)

〒0000-0000
 000000000000000000
 株式会社0000
 代表取締役社長 鱈田 良子
 0000-00-0000



②申請者の住所等必要事項を記入
 ※押印を忘れずに！

令和3年度大鰐町事業者緊急対策支援給付金給付申請書兼請求書

大鰐町事業者緊急対策支援給付金の給付を受けたいので、令和3年度大鰐町事業者緊急対策支援事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請し、給付決定された場合は下記の口座に振り込まれるよう請求します。

③いずれかを○で囲み、各項目を記入

主たる事業の業種 (いずれかに○)	卸売業	○サービス業	小売業	製造業・建設業・ 運輸業・その他	
事業所名	株式会社0000				
事業所住所	大鰐町大字00000000				
総収入額	0000万円	事業収入額 ※左欄(総収入額)の1/2 以上であること	000万円		
A:対象連続月の合計事業収入 (2021年1~9月までの間で連続する2か月)	2021年 ○月~○月分		000,000円		
B:比較連続月の合計事業収入 (2019年又は2020年の対象連続月と同期間)	2000年 ○月~○月分		000,000円		
C:減収率 C=(B-A)÷B×100	00% ※30%以上が支給要件				
請求額	金200,000円				
振込先	金融機関 名称	(0000))銀行)金庫・組合・農協		
		(0000))支店)出張所		
	口座種別	○普通)当座・その他()	口座番号	●●●●●●●●	
口座名義	フリガナ カブシキガイシャ0000 ダイヒョウトリシマリヤクシャチョウ ワニダリョウコ 株)0000 代表取締役社長 鱈田 良子				

※振込先口座情報が分かる書類(通帳等)の写しを添付してください。

誓約・同意事項

- 本給付金申請日時時点で営業しており、今後も事業を継続する意思を有していることに間違いありません。
- 本申請の対象者要件審査のため、必要に応じて担当課が関係部署に照会することについて同意します。
- 給付金受給後、交付要件に該当しないことが判明した場合には、給付金を返還することに同意します。
- 暴力団関係事業者には該当しないことを誓います。(大鰐町暴力団排除条例関係)
- 本申請にあたり、申請内容及び添付書類に虚偽がないことを誓約します。

私は、上記「誓約・同意事項」に誓約・同意します。

代表者署名(自署) 鱈田 良子

※裏面(減収率算定方法)あり

【減収率の算定方法】

表面（申請書兼請求書）の「A：対象連続月の合計事業収入」、「B：比較連続月の合計事業収入」、「C：減収率」の算定の際にご活用ください。

A		B		C
対象連続月（2021年1～9月までの間で連続する2か月）の合計事業収入		比較連続月（2019年又は2020年の対象連続月と同期間）の合計事業収入		減収率 $C = (B - A) \div B \times 100$
年月	2021年〇月～〇月	年月	20〇〇年〇月～〇月	〇〇 % (30%以上が支給要件)
金額	〇〇〇,〇〇〇円	金額	〇〇〇,〇〇〇円	

<計算例>

2021年	対象連続月											
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
事業収入	60	60	60	60	60	60	60	60	60			

2021年1月～9月の間で連続する任意の2か月を選択し、2019年又は2020年の同期と比較

2019年又は 2020年	比較連続月											
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
事業収入	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

A（対象連続月の合計事業収入）= 60 + 60 = 120

B（比較連続月の合計事業収入）= 100 + 100 = 200

C = (B - A) ÷ B × 100 = (200 - 120) ÷ 200 × 100 = 40% ≥ 30%