

足寄町事業継続支援金申請書

申請年月日 年 月 日

足寄町長 様

足寄町事業継続支援金の交付を受けたいので関係書類を添えて申請します。

この申請に際し、私は町税等の滞納がないことを誓約します。また、町税等の納付状況を担当職員が確認（照会）することに同意します。支援金の支払については、役場に登録の口座又は別添通帳写しの口座に振り込み願います。

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|---|
| 1 申請者情報 事業者・代表者名 <small>※代表者本人が署名した場合は、押印不要</small> | | | | | | | | | | | | | ① |
| 業種 | | | | | | | | | | | | | |
| 法人番号(13桁) | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | |
| 申請担当者 | 所属 | | | | | | 氏名 | | | | | | |
| 電話番号 | () | | | | | | ※日中連絡が取れる番号 | | | | | | |
| 2 売上減少対象月 又は月平均 | ※以下、添付いただいた資料を基に記入願います。 3月 ・ 4月 ・ 5月 ・ 月平均 (該当に○を付けてください。) | | | | | | | | | | | | |
| 比較対象年 | 令和元年（平成31年） ・ 令和2年 (該当年に○を付けてください。月平均を選択する場合は、記入の必要はありません。) | | | | | | | | | | | | |
| 比較対象年の該当月売上額 又は 令和元年の月平均売上額 A | 円 (比較対象年の該当月又は令和元年（平成31年）の月平均) ※該当月同士の比較又は月平均同士の比較のどちらかで算出します。 | | | | | | | | | | | | |
| 今年の対象月の売上額 又は 令和2年の月平均売上額 B | 円 (今年の対象月又は令和2年の月平均) | | | | | | | | | | | | |
| 減少額 C C=A-B | 円 | | | | | | | | | | | | |
| 減少率 D D=C/A*100 | % (少数点以下切捨て) | | | | | | | | | | | | |
| 3 支援金申請額 | 円 ※算出した減少額、減少率から別表に当てはめた額を記入してください。 | | | | | | | | | | | | |
| 4 添付資料確認 ※添付した資料に☑を付けてください。 | <input type="checkbox"/> Aの売上額が分かる書類（確定申告書又は売上台帳等の写し） <input type="checkbox"/> Bの売上額が分かる書類（確定申告書又は売上台帳等の写し） <small>※以下は該当する方のみ添付。役場に登録口座がない方、登録口座以外に振り込みを希望される方</small> <input type="checkbox"/> 振込口座通帳写（表紙と中表紙） ※代表者名と口座人名義が同一のこと。 <input type="checkbox"/> 令和2年3月以降に営業を開始した方はそれが分かる資料 | | | | | | | | | | | | |

