

様式第1号(様式第5条)

大江町商工業者経営支援給付金申請書(兼実績報告書)

令和 年 月 日

大江町長 殿

申請事業者 所在地 〒

事業所の名称

代表者職氏名

印

このことについて、標記給付金の支給を受けたいので下記のとおり申請します。

給付申請額 _____, 000円

※裏面 1.(2)給付金額計算表(D)の欄

1 申請事業者に関する事項

法人のみ	法人番号		設立年月日(法人)	年 月 日
	資本金(円)	円		
個人事業主のみ	申請者住所	〒		
	申請者氏名		申請者生年月日	
本店所在地		〒	屋号・雅号・商号	
業 種			従業員数	
連絡先	担当者		電話番号	

3 口座情報(申請事業者名義のものに限る)

振込先 金融機関	金融機関名		口座の種類	普通・当座・その他
	支店		口座番号	
	口座名義	(カタカナ)		

4 添付書類

- 1 町外に住所を有する申請者においては、滞納がない旨の直近の納税証明書
- 2 中小法人等
 - (1)対象月の属する事業年度の直前の事業年度の確定申告書別表一の写し、及び法人事業概況説明書の写し(※)
 - (2)対象月の月間事業収入がわかるもの(※)
 - (3)法人名義の振込先口座の通帳の写し
- 3 個人事業者等
 - (1)2019年分の確定申告書第一表の写し、青色申告を行っている場合は所得税青色申告決算書の写し(※)
 - (2)対象月の月間事業収入がわかるもの(※)
 - (3)申請者本人名義の振込先口座の通帳の写し

(※)・・・国の持続化給付金を申請し給付が決定した者については、(1)、(2)の書類に代えて持続化給付金決定通知書(写)を添付することができるものとする。

4 その他町長が必要と認める書類

様式第1号（裏面）

1 給付金額の算定に関する事項

(1) 売上高確認表

会計年	1月	2月	3月	4月	5月	6月
2019年						
2020年						
減収率						

会計年	7月	8月	9月	10月	11月	12月
2019年						
2020年						
減収率						

(2) 給付金額計算表

(A)	前年の総売上 (2019年の事業収入)	円
(B)	前年同月比▲20%以上の月の売上げ	2020年1月～12月までの間で、事業者が選択した月とします 円
(C)	(B) × 12ヵ月	円
(D)	給付申請額 (A) - (C) ※千円未満切捨て	(D) 又は限度額 (中小法人等40万円、個人事業者等20万円) のいずれか小さい額 、000円

2 同意事項

- (1) 大江町商工業者支援給付金の支給要件の該当性等を審査するため、町が必要な税情報等の公簿等の確認を行うことや必要な資料を他の行政機関等に求めることに同意します。
- (2) 大江町商工業者支援給付金の支給後に支給要件に該当しないことが判明した場合は、当該給付金を返還します。

