

越知町営業時間短縮要請対応臨時給付金給付申請書

令和 年 月 日

越知町長 様

次のとおり、越知町営業時間短縮要請対応臨時給付金の給付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。
なお、下記に記載した事項については事実と相違なく、誓約同意事項に誓約・同意します。

申請者	
住所（法人は本社所在地）	〒
法人名または屋号	
フリガナ	
代表者 職・氏名	印
連絡先	※書類の不備等があった場合、電話で確認することがありますので、日中に連絡の取れる電話番号を記入してください。

申請金額	1 令和2年12月の売上が前年同月比で20%以上30%未満減少している場合		
	① 様式3の(C)欄の金額(令和2年12月の売上高の減少額)		円
	② 法人の場合 20万円 ・ 個人事業主の場合 10万円		
	上記①と②の低い方の金額を記入してください	申請金額	円
	2 令和2年12月の売上が高知県営業時間短縮要請対応臨時給付金を受けても減少している場合		
	③ 様式3の(C)欄の金額 - 法人は40万円・個人事業主は20万円		円
④ 法人の場合 20万円 ・ 個人事業主の場合 10万円			
	上記③と④の低い方の金額を記入してください	申請金額	円

振込先口座

フリガナ													
口座名義													
⇒ゆうちょ銀行・郵便局の 通帳に振込の場合	通帳の記号					通帳の番号							
	1				0	-							
⇒銀行口座に振込の場合	口座番号(右詰)												
銀行・金庫・信組 信連・農協・労金	本店・支店 出張所				<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座								

誓約同意事項

- 申請書及び関係書類等の内容に虚偽や不正等がないこと。
- 越知町から、申請書類の内容に関して調査や報告、関係書類の提出等の求めがあった場合は、これに応じること。
- 不正受給が判明した場合には、給付金の返還に応じること。
- 越知町の事務及び事業における暴力団の排除に関する規則第2条第5号に定める暴力団員等に該当しないこと、かつ、将来にわたっても該当しないこと。
- 高知県の営業時間短縮要請以前は営業しており、要請期間終了後も事業を継続すること。
- その他、越知町営業時間短縮要請対応臨時給付金給付要領の記載事項について同意の上申請を行うこと。