

岩出市事業所支援給付金申請書兼請求書

岩出市長 様

申請者 住所（所在地）氏名（事業所名及び代表者氏名）

私は、今般の新型コロナウイルス感染症の広がりにより、売上高が減少し経営に大きな影響を受けております。つきましては、岩出市事業所支援給付金の支給について下記のとおり、申請します。また、決定の審査に当たっては、必要に応じ、税情報等を閲覧することに同意いたします。

記

1. 申請・請求者

事業所名 （屋号等）	フリガナ	法人番号（13桁）	
主たる事業 所の所在地	岩出市		
担当者氏名		連絡先	（ ） —
資本金	万円	業種	

2. 売上減少率

	対象月の前年度	対象月の属する年度	減少率	可否
1月	円	円	%	
2月	円	円	%	
3月	円	円	%	
4月	円	円	%	
5月	円	円	%	
減少理由	（新型コロナウイルス感染症によりどのような影響があるか具体的に記入してください） 例：客数の減少、営業の自粛、仕入れ先の減少など			

3. 申請額・請求額

対象月の前年度の 年間事業収入【A】		円
対象月の 月間事業収入×12【B】		円
【A】－【B】（千円未満切捨） （30万円以上は30万円と記入）		円

※金額の前に¥を記入し、算用数字でご記入ください。

4. 受取方法

支給決定された場合、次の口座に振込みをお願いします。

金融機関(ゆうちょ銀行以外)												
金融機関名		支店・支所名			口座種別		口座番号(右づめで記入)					
					1. 普通 2. 当座							
ゆうちょ銀行												
記号						番号(右づめで記入)						
口座名義人		(フリガナ)										
<p>振込先金融機関口座確認書類を貼りつけてください</p> <p>※受取口座の金融機関名、口座番号、口座名義人(カナ)が分かる通帳等の写し</p>												