

様式第1号（第4条関係）

長沼町持続化給付金給付申請書

令和 年 月 日

長沼町長 様

長沼町持続化給付金給付要項第4条の規定に基づき、関係書類を添えて次のとおり給付金の給付を申請します。

【申請者の情報】

申請者の情報	所在地	〒			
	申請事業者名 (法人名又は 個人事業者名)	フリガナ			
		名称			
		代表者 職氏名			
	申請者の種別 (いずれか選択)	<input type="checkbox"/> 法人	法人番号		
			資本金額：	従業員数：	
		<input type="checkbox"/> 個人事業者	個人事業者 の自宅住所 (上記所在地 と異なる場合)	〒	
		生年月日	T・S・H・西暦 年 月 日生		
担当者名	所属		フリガナ 氏名		
連絡先	固定電話	- -	携帯電話	- -	

【口座振替の申し出】

長沼町から支払われる持続化給付金については、下記により口座振替払いとしていただきたく申し出ます。

振込先口座	金融機関	銀行	本店	預金種目	口座番号 (右詰めで記入)
		信用金庫	支店		
	信用組合	本所			
	協同組合	支所			
	金融機関 コード		支店 コード		
	フリガナ 口座名義人				
※長沼町記載欄		債権者登録番号			

注) ゆうちょ銀行の場合は、「記号番号」を記入せず「店名」「口座番号」をそれぞれの欄にご記入ください。

※ 必ず申請者名義の口座を指定してください。

【対象判定、給付額算定基礎、給付金申請額】

申請者の主たる業種	業 ()
2020年1月から同年12月までの間での任意の月 (以下「対象月」という。)の売上額	対 象 月 : 2020年 月 売 上 額 : 円 (A)
対象月 前年同月の売上額 (※1)	前年同月 : 2019年 月 売 上 額 : 円 (B)
前年同月比 売上額の減少率 $\frac{(B) - (A)}{(B)} \times 100$	▲ . % (小数点第2位以下を切り捨て)
対象月の売上額 (A) × 12	円 (C)
前年の総売上額 (※2)	円 (D)
売上減少分 (D) - (C)	円 (E)
給付金申請額 (Eと上限額10万円を比較して少ない金額)	円

(※1) 創業から1年を経過していない者にあつては、開業後の月平均(開業後の年間事業収入÷開業後月数)の事業収入を前年同月の売上額とする(1円未満切り捨て)。

(※2) 創業から1年を経過していない者にあつては、(D) = (B) × 12か月とする。