

別記様式第1号（第4条関係）

長沼町中小企業等事業継続支援金交付申請書

年 月 日

長沼町長 様

長沼町中小企業等事業継続支援金交付要綱第4条の規定に基づき、関係書類を添えて次のとおり支援金の交付を申請します。

【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	印		
	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	円	
		<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	西暦	年 月 日生
	従業員等数 (R2.4.1現在)	人 (町内の事業所で勤務する者の総数)			
	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中小企業等事業継続支援金については、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】**

申請者の主たる業種	大分類：.....業 中分類：.....業
2020年3月から同年8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 (※)	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)

(※) 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）。

**【支援金申請額】**

従業員等 (※) の総数による申請額区分	
10人以下に該当する場合	100,000円
11人以上20人以下に該当	200,000円
21人以上に該当する場合	300,000円
交付申請額	円

(※) 従業員等の算定は、要綱別表1の【従業員等とは】を参照すること。