

滝沢市商工会中小企業等経営支援給付金申請書兼請求書

滝沢市商工会中小企業等経営支援給付金支給要綱第4条の規定により滝沢市商工会中小企業等経営支援給付金を申請します。

令和 3年 11月 1日

滝沢市商工会 会長 様

確定申告書と記載を一致させて下さい。
個人事業者の場合は事業所名を記入して下さい。

| | | |
|--------------------|---------------------------|---|
| 所在地 | 〒020-0655 滝沢市鶉飼御庭田92-3 | 印 |
| フリガナ | カブシキカイシャ タキザワ | |
| 法人名 または 事業所名 | 株式会社 滝沢 | |
| フリガナ | タキザワ タロウ | |
| 代表者名 | 滝沢 太郎 | |

法人の場合は代表者印を押印して下さい。
個人事業主の場合は、認印でも構いません。

記

| | | | |
|-----------------|---|---------|---------------------------|
| 申請額（請求額） | 100,000 | 円 | 申請額計算表で算出された申請金額を記入して下さい。 |
| 中小企業要件の確認 | | | |
| 申請事業者の区分 | <input checked="" type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人事業主 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| 主たる業種分類 | 製造業 | | |
| 資本金 | 1,000,000円 | 従業員数 | 20人 |
| 連絡先 | | | |
| 担当者 | 滝沢 花子 | | |
| TEL | 019-684-●●●● | | |
| FAX | 同上 | | |
| 電子メール | ▲▲▲@□□□□□ | | |
| 住所(代表者住所と異なる場合) | | | |
| 支援金の振込先 | | | |
| 金融機関名 | ◆◆銀行 | 金融機関コード | 000 |
| 本・支店名 | 本店 | 支店コード | 999 |
| 口座種別 | <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 | | |
| 口座番号 | 1234567 | | |
| 口座名義《カナ》 | カブシキカイシャ タキザワ <small>※カタカナ及び英数字のみで記載してください。 ※申請者名義が一致すること。</small> | | |

日中、確実に連絡のつく電話番号を記入して下さい。確認の連絡をする場合があります。

金融機関コード、支店コードは通帳等を確認し、記入して下さい。

【滝沢市商工会記載欄】

| | | | |
|----|----|----|----|
| 受付 | 審査 | 支出 | 備考 |
| | | | |

口座名義は、通帳に記載の通りに記入して下さい。

記入例

申請額計算表

10万円用

1 売上減少要件の確認

①H31.4～R1.11の売上(前々年同期)

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---------|---|
| R | 1 | 年 | 6 | 月 | 234,500 | 円 |
|---|---|---|---|---|---------|---|

②R3.4～R3.11の売上(今期)

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---------|---|
| R | 3 | 年 | 6 | 月 | 185,000 | 円 |
|---|---|---|---|---|---------|---|

減少率

21.1%

要件確認

○ 20%以上

該当要件に「○」

対象業種一覧表から
選択してください。

2 対象事業所(店舗)の確認

| | | | |
|------|---------------|-----|-----------|
| 事業所名 | ●●●● | 業種 | D 建設業 |
| 住所 | (事業所住所を正確に記入) | TEL | (電話番号を記入) |

注1 支給事業実施要綱別表2の対象事業一覧より選択してください。

注2 滝沢市内に所在する事業所を記入して下さい。

3 申請額

| | | |
|-----|---------|--------------------------------|
| 申請額 | 100,000 | 円 … 1か月の売上が、コロナ前比較20%以上減少の場合対象 |
|-----|---------|--------------------------------|

記入例

申請額計算表

40万円用

1 売上減少要件の確認

①H31.4~R1.11の連続する3か月売上(前々年同期)

| | | | | |
|----------|----|----|-----------|---|
| R | 1年 | 6月 | 1,450,000 | 円 |
| R | 1年 | 7月 | 2,550,000 | 円 |
| R | 1年 | 8月 | 405,000 | 円 |
| 前々期合計(A) | | | 4,405,000 | 円 |

②R3.4~R3.11の連続する3か月売上(今期)

| | | | | |
|---------|----|----|-----------|---|
| R | 3年 | 6月 | 500,580 | 円 |
| R | 3年 | 7月 | 200,000 | 円 |
| R | 3年 | 8月 | 390,000 | 円 |
| 今期合計(B) | | | 1,090,580 | 円 |

減少率

要件確認

| | | |
|-------|---|-------|
| 65.4% | ○ | |
| 92.1% | ○ | 20%以上 |
| 3.7% | | |
| 75.2% | ○ | 70%以上 |

注1 売上額は対象事業所以外も含む事業全体の額を記入してください。

注2 1か月の売上で売上減少要件を満たす場合であっても連続する3か月分の売上を入力してください。

注3 新規創業者等の特例を用いる場合を除き、①と②の3か月はそれぞれの年度の同期間としてください。

該当要件に「○」

売上減少額(C) **3,314,000**円 ... 前々期合計(A) - 今期合計(B)

※1,000円未満は切捨て

対象業種一覧表から選択してください。

2 対象事業所(店舗)の確認

| | | | | |
|---|------|---------------|---|-----------------|
| 1 | 事業所名 | ●●●● | 【R1期間計】 - 【R3期間計】 = 【売上減少額(C)】 4,405,000 - 1,090,580 = 3,314,420 千円未満切り捨てのため 3,314,000 | 業 |
| | 住所 | (事業所住所) | | 番号を記入) |
| 2 | 事業所名 | ■●●● | | 業 |
| | 住所 | (事業所住所を正確に記入) | TEL | (電話番号を記入) |
| 3 | 事業所名 | ▲▲▲▲ | 業種 | N 生活関連サービス, 娯楽業 |
| | 住所 | (事業所住所を正確に記入) | TEL | (電話番号を記入) |
| 4 | 事業所名 | | 業種 | |
| | 住所 | | TEL | |
| 5 | 事業所名 | | 業種 | |
| | 住所 | | TEL | |

注4 支給事業実施要綱別表2の対象事業一覧より選択してください。

注5 滝沢市内に所在する事業所を全て記入して下さい。ただし、事業所が5事業所を超える場合には任意の5事業所を記入して下さい。

3 事業所数(D)の確認

事業所数(D) **3**店舗

4 上限額の確認

事業所数(D) **3** × **200,000**円 = **上限額(E) 600,000**円

注6 上限額の考え方: 複数事業所を有している場合には事業所数毎に20万円を上限額に加算します。ただし、1事業者あたり100万円を上限とします。

【売上減少額(C)】 - 【県給付金】 = 【差額(F)】
3,314,000 - 1,200,000 = 2,114,000

5 差額(F)の確認

差額(F) **2,114,000**円 ... 売上減少額(C) - 県給付金

※売上減少額(C)が40万円未満の場合
県給付金 - 売上減少額(C)

6 10万円給付対象の確認

給付額(G) **100,000**円 ... 1か月の売上が、コロナ前比較20%以上減少の場合対象

【上限額(E)】 + 【給付額(G)】 = 【申請額】
600,000 + 100,000 = 700,000

7 申請額

申請額 **700,000**円 ... 上限額(E)と差額(F)のいずれか低い額 + 給付額(G)

記入例

申請額計算表

30万円用

1 売上減少要件の確認

①H31.4~R1.11の連続する3か月売上(前々年同期)

| | | | | | | |
|----------|---|---|---|---|-----------|---|
| R | 1 | 年 | 4 | 月 | 250,000 | 円 |
| R | 1 | 年 | 5 | 月 | 759,015 | 円 |
| R | 1 | 年 | 6 | 月 | 385,000 | 円 |
| 前々期合計(A) | | | | | 1,394,015 | 円 |

②R3.4~R3.11の連続する3か月売上(今期)

| | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---------|---|
| R | 3 | 年 | 4 | 月 | 300,000 | 円 |
| R | 3 | 年 | 5 | 月 | 45,000 | 円 |
| R | 3 | 年 | 6 | 月 | 70,000 | 円 |
| 今期合計(B) | | | | | 415,000 | 円 |

減少率

| |
|--------|
| -20.0% |
| 94.0% |
| 81.8% |
| 70.2% |

要件確認

| | |
|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | 20%以上 |
| <input type="checkbox"/> | 70%以上 |

注1 売上額は対象事業所以外も含む事業全体の額を記入してください。

注2 1か月の売上で売上減少要件を満たす場合であっても連続する3か月分の売上を入力してください。

注3 新規創業者等の特例を用いる場合を除き、①と②の3か月はそれぞれの年度の同期間としてください。

該当要件に「○」

売上減少額(C) **979,000**円 ... 前々期合計(A) - 今期合計(B)

※1,000円未満は切捨て

対象業種一覧表から選択してください。

2 対象事業所(店舗)の確認

| | | | | |
|---|------|---------------|-----|-----------|
| 1 | 事業所名 | ●●●● | 業種 | I 小売業 |
| | 住所 | (事業所住所を正確に記入) | TEL | (電話番号を記入) |
| 2 | 事業所名 | | | |
| | 住所 | | | |
| 3 | 事業所名 | | | |
| | 住所 | | TEL | |
| 4 | 事業所名 | | 業種 | |
| | 住所 | | TEL | |
| 5 | 事業所名 | | 業種 | |
| | 住所 | | TEL | |

【R1期間計】 - 【R3期間計】 = 【売上減少額(C)】
 1,394,015 - 415,000 = 979,015
 千円未満切り捨てのため **979,000**

注4 支給事業実施要綱別表2の対象事業一覧より選択してください。

注5 滝沢市内に所在する事業所を全て記入して下さい。ただし、事業所が5事業所を超える場合には任意の5事業所を記入して下さい。

3 事業所数(D)の確認

| | | |
|---------|---|----|
| 事業所数(D) | 1 | 店舗 |
|---------|---|----|

4 上限額の確認

| | | | | | | | |
|---------|---|---|----------|---|--------|---------|---|
| 事業所数(D) | 1 | × | 200,000円 | = | 上限額(E) | 200,000 | 円 |
|---------|---|---|----------|---|--------|---------|---|

注6 上限の考え方: 複数事業所を有している場合には事業所数毎に20万円を上限額に加算します。ただし、1事業者あたり100万円を上限とします。

【売上減少額(C)】 - 【県給付金】 = 【差額(F)】
 979,000 - 300,000 = 679,000

5 差額(F)の確認

| | | |
|-------|---------|-----------------------|
| 差額(F) | 679,000 | 円 ... 売上減少額(C) - 県給付金 |
|-------|---------|-----------------------|

※売上減少額(C)が40万円未満の場合
 県給付金 - 売上減少額(C)

6 10万円給付対象の確認

| | | |
|--------|---------|----------------------------------|
| 給付額(G) | 100,000 | 円 ... 1か月の売上が、コロナ前比較20%以上減少の場合対象 |
|--------|---------|----------------------------------|

【上限額(E)】 + 【給付額(G)】 = 【申請額】
 200,000 + 100,000 = 300,000

7 申請額

| | | |
|-----|---------|-------------------------------------|
| 申請額 | 300,000 | 円 ... 上限額(E)と差額(F)のいずれか低い額 + 給付額(G) |
|-----|---------|-------------------------------------|

誓約書

滝沢市商工会中小企業等経営支援給付金の支給を申請するに当たって、次のとおり誓約します。
この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。

【誓約内容を確認し、□に✓を入れてください】

- 申請事業者は暴力団(※)でなく、またその構成員は暴力団員(※)又は暴力団員と密接な関係を有する者ではなく、申請事業者の経営に暴力団及び暴力団員が実質的に関与していません。
 - 店舗等における営業に際して遵守すべき各種法令に違反していません。
 - 新型コロナウイルス感染症の拡大防止に当たっては、下記の実施しております。
 - 支援金受給後も、事業を継続する意思を有しています。
 - 申請内容の確認
 - 申請に添付した
- ※ 暴力団員によるものをいう。

誓約内容をよく確認のうえ、✓をして下さい。
1つでも✓が無い場合には給付金を支給できません。
※虚偽の✓をしていることが判明した場合には支給した給付金を返納していただきます。

第2条に定める

【新型コロナウイルス感染症対策について】

● 該当するもの全てに✓を入れてください。

- 手洗いの徹底・マスク着用の徹底を行っています。
- 施設の清掃・消毒を実施しています。
- 従業員の体調管理を行います。
- 利用者の体調確認(検温)を行います。
- 換気の徹底を行います。
- 飛沫感染の防止(パーティションの設置等)を行います。
- 業態・業種転換に取り組んでいます。
- その他独自の取組を行っています。

少なくとも1つ以上の感染対策に取り組んでいることが要件となります。
✓が無い場合には、給付金は支給できません。

(記入欄:)

| | | |
|-------------|---------|---|
| 令和3年 11月 1日 | | 印 |
| 法人名または事業所名 | 株式会社 滝沢 | |
| 代表者名 | 滝沢 太郎 | |

法人の場合は代表者印を押印して下さい。
個人事業主の場合は、認印でも構いません。