

様式第1号（第5条関係）

日高市小規模事業者等支援給付金（第2期）交付申請書

年 月 日

（あて先）日高市長

（申請者）

企業名又は商号

代表者氏名

日高市小規模事業者等支援給付金（第2期）交付要綱第5条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、申請に当たり次のとおり誓約します。

- ・申請書に記載した事項については、事実と相違ありません。
- ・日高市暴力団排除条例（平成24年条例第19号）第2条第1号に規定する暴力団若しくは同条第2号に規定する暴力団員又は第3条第2項に規定する暴力団関係者ではありません。
- ・偽りその他不正の手段により給付金の交付を受けたことが判明したときは、当該給付金を返還します。

所在地	〒		主な業種	
創業年月日	年 月 日		常時使用する従業員数	
売上高の比較	<p>A：令和2年10月から令和3年3月までのいずれかの月の売上高（ 年 月分） 円</p> <p>B：Aの期間との比較となる前年同月の売上高※（ 年 月分） 円</p> <p>※前年同月の売上高との比較ができない場合は、次のア又はイのいずれかで算出した売上高の平均とします。</p> <p>ア Aの月の直近3か月（ 年 月分） _____ 円 （ 年 月分） _____ 円 （ 年 月分） _____ 円 3か月の売上高の平均をBに記入</p> <p>イ 前年総売上高 _____ 円 創業月 _____ 令和 年 月 前年月平均売上高をBに記入</p> <p>(B-A) ÷ B × 100 減少率 _____ %</p>			
連絡先	部署名		担当者氏名	
	電話番号		FAX番号	
	E-mail			

※給付金は、事業者の減収補てん・経費補てんを目的とするため課税対象となります。