

岩泉町長 様

郵便番号
住所
名称
代表者職・氏名 印
電話番号

岩泉町中小企業者等事業継続支援給付金支給申請書兼請求書

岩泉町中小企業者等事業継続支援給付金支給要綱第4条の規定により、下記のとおり申請します。なお、給付金の支給の決定がされた場合は、給付金を指定の口座に振り込んでください。

記

- 1 申請額（請求額） 金200,000円
- 2 業種・事業所（店舗）名
- 3 従業員数 正規人 パート人 合計人
- 4 売上減少の主な理由
- 5 売上高

比較月	1箇月の売上高	差額
(令和2年4月以降の1月分) 年 月	円	円
(前年同期) 年 月	円	

備考 白色申告者の場合は、収入の総額を12で除した金額を、前年同期の1箇月の売上げとみなすことができる。

- 6 給付金振込口座（申請者本人の口座に限ります。）

金融機関		口座種別（いずれかに○）
支店名		普通 ・ 当座
《カナ》 口座名義		口座番号

本申請書に記載の内容に虚偽はありません。
 暴力団員ではありません。暴力団及び暴力団員との密接な関係もありません。
 この給付金の支給に当たり、岩泉町税務出納課で保有する申請者の事業に関する情報について、この給付金の担当課の職員が確認することに同意します。

申請者名 _____ 印

- 7 添付書類

- 登記事項証明書、確定申告書、営業許可証等の書類の写し
- 5に記載した売上高が確認できる決算書、確定申告書、売上台帳等の書類の写し
- 振込指定口座の通帳等の写し
- 支給対象者及び代理による申請の場合は代理人であることが確認できる書類（マイナンバーカード、運転免許証、パスポート等）の写し