

年 月 日

（宛先）能登町長

申請者

所在地	
屋号（法人名・店名）	
申請者（代表者）氏名	印
電話番号	

能登町事業継続支援事業給付金申請書兼請求書

当社（私）は、今般の新型コロナウイルス感染症拡大のため、下記のとおり売上が減少しました。
 つきましては、能登町事業継続支援事業給付金の交付を受けるため、税情報の確認に関して委任し、
 誓約書に同意のうえ、次のとおり申請します。
 なお、本申請内容に虚偽があった場合には、給付金の交付の取消及び返還に異議なく応じます。

記

1 申請基本情報

法人番号※		従業員数※	人
事業開始年月日		年 月 日	
業種コード（別紙産業分類表から選択）		業種コード（	）
事業内容			

※法人のみ記載。

2 申請額 _____ 円

3 振込先 ※振込口座通帳の表紙の裏の写しを添付してください。

金融機関名	
支店名	
預金種別	1. 普通 2. 当座 （該当するものを○で囲んでください）
口座番号	
フリガナ 口座名義人	

（注）ゆうちょ銀行の場合は、口座番号欄に記号番号も記入してください。

別紙① 売上高調書

前期及び当期売上高比較表

(単位：円)

前期売上高			当期売上高				
年	月	【B】	円	年	月	【A】	円

減少率

最近1か月間の売上高等

$$(B - A) \div B \times 100 = \underline{\hspace{2cm}} \% \geq 20.0\% \text{ (小数点2以下切り捨て)}$$

月別売上表

(単位：円)

	平成31年(令和元年)	令和2年
1月		
2月		
3月		
4月		
5月		
6月		
7月		
8月		
9月		
10月		
11月		
12月		
計①		

※確定申告等で前年度の売上が月ごとに計上されていない場合は、年間事業収入を12ヵ月で割って、月平均の事業収入を算出し、2020年の対象月の事業収入と比較し20%以上の場合は給付対象とします。「計①」が120万円以上あること。

令和 年 月 日

上記のとおり相違ありません。

住 所
会社名
代表者名

業継続期間が1年未満又は単純な売上の前年比較が困難な方

別紙② 売上高調書

任意の連続する3ヶ月の平均売上

(単位：円)

	年	月	}		円	
	年	月	}	【B】	円	
	年	月	}		円	
任意の連続する3ヶ月平均売上高等				(B ÷ 3)	【C】	円
(任意の1か月間)	令和	年	月		【A】	円

減少率

任意の1か月間の売上高等

$(C - A) \div C \times 100 = \underline{\hspace{2cm}} \% \geq 20.0\%$ (小数点2以下切り捨て)

月 別 売 上 表

(単位：円)

	平成31年(令和元年)	令和2年
1月		
2月		
3月		
4月		
5月		
6月		
7月		
8月		
9月		
10月		
11月		
12月		

※ 創業し、事業収入のある月から記載してください。
 事業期間が3か月以上あること
 月平均の売上が月額10万円以上あること。

令和 年 月 日

上記のとおり相違ありません。

住 所
 会社名
 代表者名