

加西市長 様

企業名又は商号
代表者氏名

印

加西市小規模事業者経営持続支援金交付申請書兼請求書

当社(私)は、加西市小規模事業者経営持続支援金交付要綱第6条に基づき、関係書類を添えて次のとおり支援金の交付を受けるため、別添「誓約書」の誓約事項に同意した上で、次のとおり申請します。

所在地	〒		
業種		従業員数	人
開業年月日	年 月 日	交付申請額	100,000円
売上高の減少	A：2020年(8月・9月)の売上高 ※8月又は9月のいずれかを選択してください。		円
	B：2019年(8月・9月)の売上高 ※上記Aの前年同月を選択してください。 ※開業1年未満の場合、上記Aの前月から起算した直近3ヶ月の売上高の平均額		円
	C：売上高の減少率 $((B - A) \div B) \times 100$		% ※減少率20%以上が対象
申請状況 (□にチェック(☑)を入れてください。)	<input type="checkbox"/> 今回初めて申請する(4月及び5月の状況を教えてください。) 4月の売上減少率・・・ <input type="checkbox"/> 20%未満 <input type="checkbox"/> 50%以上 5月の売上減少率・・・ <input type="checkbox"/> 20%未満 <input type="checkbox"/> 50%以上 <input type="checkbox"/> 過去に交付を受けたことがある。 対象月(4月・5月・6月・7月) ← いずれかに○印を入れてください。		
振込口座	金融機関名		支店名
	口座種別	普通・当座	口座番号
	口座名義	(カ)	(名義)
連絡先	部署名		担当者名
	電話番号		FAX番号
	E-mail		
添付書類 (□にチェック(☑)を入れてください。)	<input type="checkbox"/> 対象月(上記A・B)の売上高が分るもの(開業1年未満の場合は、対象月(上記A)を含む直近4ヶ月の売上高が分る帳簿類の写し) 以下の書類は過去に本支援金の交付を受けた方は省略できます。 <input type="checkbox"/> 市内における事業実態が分るもの(開業1年未満の場合) <input type="checkbox"/> 決算書又は確定申告書の写し <input type="checkbox"/> 申請者名義の通帳の見開きページの写し ※前回と異なる場合は要提出 (法人：法人名義、個人事業主：代表者名義) <input type="checkbox"/> 本人確認ができるもの(個人事業主の方のみ)		

※支援金は、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。

誓約書

加西市小規模事業者経営持続支援金の申請に当たり、以下のことについて誓約します。

- 1 加西市小規模事業者経営持続支援金交付要綱の交付要件にすべて該当すること。
- 2 支援金受領後も企業活動を継続する意欲があること。
- 3 申請した内容に虚偽がないこと。
- 4 申請に関して申請者の市税の納付状況を確認することに同意すること。