

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

松川町長

申請者
住 所
商号又は名称
代表者名
電話番号

印

松川町小規模事業者応援給付金交付要綱第5条の規定により、給付金の交付を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

区分	<input type="checkbox"/> 法人（従業員20人以下）（ 人） <input type="checkbox"/> 個人事業者		
対象	(A)	減収月売上高（ 月） ※対象R 2. 2月～令和3年1月	円
	(B)	※いずれかを記載 ①前年又は一昨年の同月売上高 ②起業後1年未満の場合は令和元年12月の売上高 ③月間売上高の確認が困難な場合は前年又は一昨年の月平均の売上高	円
	(C)	減収額 (B - A) ※20万円以上減収の場合は(D)に関係なく対象	円
	(D)	減収率 $C \div B \times 100$ ※対象 減収率 $\geq 20\%$	%
新型コロナウイルス感染症拡大が事業に影響していることの記載			
上記記載内容について、相違ありません。 虚偽の内容が判明した場合は、給付金を返還します。 商号又は名称 代表者名			

印

【添付書類】

- (1) 本人確認ができる書類（運転免許証等の顔写真付きのもの）
- (2) 対象月と比較するための売上高が確認できる確定申告書類等
- (3) 対象月の売上高が確認できる帳簿等

※セーフティネット保証4号、5号および危機関連保証の認定を受けている方で、1ヶ月の売上高が前年同月比20%以上減少している方は(1)のみ

様式第3号(第8条関係)

松川町小規模事業者応援給付金交付請求書

年 月 日

松川町長

(請求者) 住 所
商号又は名称
代表者名

㊞

松川町小規模事業者応援給付金交付要綱第8条の規定により、次のとおり請求します。

1 給付金請求額 200,000 円

2 給付金振込先

金融機関名	銀行 信用金庫	支店
預金の種類	普通	当座
口座番号		
(フリガナ)		
口座名義		