

## 松川町事業者応援給付金交付要綱

### (趣旨)

第1条 この要綱は、新型コロナウイルス感染症や物価高騰の影響による売上減少や事業縮小等を余儀なくされた困難な状況にある事業者を支援するため、松川町事業者応援給付金（以下「給付金」という。）を交付することについて、補助金等交付規則（昭和45年松川町規則第4号。以下「規則」という。）に定めのあるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

### (定義)

第2条 この要綱において、次の号に掲げる用語の意義は、当該号に定めるとおりとする。

(1) 主たる事業所若しくは店舗 事業活動の中心として全事業を統括する事務所若しくは店舗

(給付対象事業者)

第3条 給付金の交付を受けることができる事業者（以下「対象事業者」という。）は、次の各号のいずれにも該当するものとする。

(1) 新型コロナウイルス感染症や物価高騰の影響により、売上又は所得金額に悪影響が及んでいること

(2) 町内に主たる事業所若しくは店舗等を有している法人及び個人事業主で今後も事業を継続する意志がある者

(3) 長野県の信州の安心なお店の認証対象となる者は、それに認証されていること。長野県の信州の安心なお店の認証対象とならない者については、町独自のガイドラインを遵守する宣言、町独自のガイドラインの対象とならない者については、長野県新型コロナ対策推進宣言を実施していること。また、全てに該当とならない者については、各省庁における業種毎のガイドラインを実施していること

(4) 指定された期間のいずれかの月（以下「対象月」という。）の売上又は所得金額が、対象月と比較するための指定された期間の同月比で100分の30以上減少していること。ただし、起業後1年未満の場合又は業態変

化により単純比較できない場合は、対象月の直前3ヶ月の売上金額の平均と比較した売上又は所得金額が100分の30以上減少していること。なお、他の給付金事業の支給対象となった者は、その額についても売上金額に含めるものとする。

(5) 個人事業主については、主たる事業収入が全収入の100分の50以上であること

(6) 町税に滞納がないこと

(7) その他、町長が適当であると認めた者

(給付金の額)

第4条 給付金の額は、減少額に応じて上限20万円を予算の範囲内で交付する。ただし、1事業者が申請できるのは1回限りとする。

(交付申請及び請求)

第5条 給付金の交付を受けようとする者は、松川町事業者応援給付金交付申請書兼請求書(様式第1号)に次の各号に掲げる書類を添えて、町長に提出しなければならない。

(1) 町内で営業していることが確認できる書類

(2) 対象月の売上又は所得金額が確認できる書類

(3) 対象月と比較するための売上又は所得金額が確認できる書類

(4) 個人事業主にあつては、本人確認ができる書類

(5) 前各号に掲げるもののほか、町長が必要と認める書類

(交付決定及び額の確定)

第6条 町長は、前条の規定により交付申請があつたときは、その内容を審査し、給付金の交付が適当であると認めるときは交付決定し、交付をもって規則第6条に規定する決定の通知に代えるものとする。

2 前項の規定に基づく交付の適否を決定するとき、規則第13条に規定する交付すべき給付金の額の確定を併せて行うものとする。

(実績報告)

第7条 規則第12条に規定する補助事業等実績報告書の提出は、省略するものとする。

(給付金の交付)

第8条 町長は、前条の規定により申請者から請求書の提出があつたときは、速やかに内容を審査し、給付金の交付を決定するものとする。

(補則)

第9条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

- 1 この要綱は、公布の日から施行する。
- 2 この要綱は、令和5年3月31日限り、その効力を失う。

松川町事業者応援給付金交付申請書兼請求書

松川町長

申請者  
 住 所  
 商号又は名称  
 代表者名  
 電話番号



松川町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。

業種	<input type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人事業主 業種 _____		
対策	<input type="checkbox"/> 信州の安心なお店に認証 <input type="checkbox"/> 町独自のガイドラインの遵守 <input type="checkbox"/> 長野県新型コロナ対策推進宣言を実施 <input type="checkbox"/> 各省庁における業種毎のガイドラインを実施		
対象	(A)	減収月売上又は所得金額（ 月） ※対象令和4年1月～令和4年12月	円
	(B)	※いずれかを記載 ①令和元（2019）年から令和3年の同月売上又は所得金額 ②起業後1年未満の場合業態変化により比較が困難な場合は直前3ヶ月の売上又は所得金額の平均	円
	(C)	減少額 (B - A)	円
	(D)	減少率 $C \div B \times 100$ ※対象 減少率 $\geq 30\%$	%
申請請求金額	円 ※ (C) の額 (上限 20 万円)		
売上等減少の理由			
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 ※ ※法人の場合は記名押印してください。(社版可) 法人以外でも本人(代表者)が自署しない場合は、記名押印してください。			

給付金振込先	
金融機関名	銀行 信用金庫 支店
預金の種類	
口座番号	
フリガナ	
口座名義	

【添付書類】

- (1)  町内で営業していることが確認できる書類
- (2)  (A) の期間の売上又は所得金額が確認できる書類
- (3)  (B) の期間の売上又は所得金額が確認できる書類
- (4)  個人事業主にあつては本人確認ができる書類