

## 長崎県事業継続支援給付金申請書

令和 年 月 日

(あて先)長崎県知事 中村 法道

次のとおり長崎県事業継続支援給付金の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

申請者

本社所在地(個人事業主は住民票上の住所)	〒		
R3.4.24時点の所在地・住所			
法人名(屋号)			
代表者職・氏名	⑧		
対象事業所(店舗)の住所			
電話番号・担当者名	( ) -		
業種			
資本金	円	従業員数	人

## 1 振込先 ※振込口座通帳の見開き1ページ目の写しを添付してください。

下の口座については、当社(私)が使用する口座に間違いありません。

金融機関名							
支店名等							
預金種別	1.普通 2.当座 (該当する方を○で囲んでください)						
口座番号	(右づめで記入)						
口座名義人 ※カタカナで記入して下さい							

(注1) ゆうちょ銀行の場合は、他金融機関からの振込の受取口座として利用する際の店名、店番、預金種目及び口座番号をご記入ください。

(注2) 旧十八銀行、旧親和銀行の通帳は十八親和銀行の通帳へ切り替えのうえご記入ください。

## 2 売上高比較表

2021年4月～6月の月間事業収入が対2020年又は2019年同月比で50%以上減少していること。

※4～6月のうち、任意の2か月を選択し記入。④が50%未満の場合、その月の申請額は0円

①2021年月間 事業収入	②対象年月間事業収入			③増減額 (②-①)	④減少率 ③/②×100 ※小数点以下 四捨五入	給付金申請額 (③が10万円の小さい方) ※④が50%未満=0円
	年	月	月間事業収入			
円			円	円	%	A: 円
円			円	円	%	B: 円
給付申請額【A+B (千円未満切り捨て)】						_____,000円 ※千円未満切り捨て

## 3 該当要件申告

下記の給付要件のうち、該当するものにチェックをしてください。また、チェックした要件に当てはまることわかる具体的内容を記載してください。

※複数要件に該当する場合でも、チェックは1つで構いません。

※チェックした要件の証明となる資料について、別途申請書に添付して下さい。

<input type="checkbox"/>	<p>(ア)営業時間を午前5時から午後8時まで(酒類提供は午後7時まで)とした県の営業時間短縮要請に協力した長崎市内の飲食店・遊興施設と直接・間接の取引がある</p> <p>(取引先の業種・名称) (取引状況)</p>
<input type="checkbox"/>	<p>(イ)長崎市内における外出自粛要請(長崎市との往来自粛)により直接的な影響を受けた</p> <p>(具体的内容)</p>
<input type="checkbox"/>	<p>(ウ)営業時間を午前5時から午後8時まで(酒類提供は午後7時まで)とし、イベントを開催する場合の人数上限を5,000人又は収容率50%とする営業時間短縮要請に協力した</p> <p>(具体的内容)</p>