

様式第1号（第3条、第6条関係）

令和 年 月 日

高鍋町長 殿

郵便番号

				—				
--	--	--	--	---	--	--	--	--

住 所

〔 個人:居住地
法人:会社の所在地 〕

商号又は名称

〔 法人の場合のみ 〕

フリガナ
代 表 者 名

⑨（法人の場合は社印）

高鍋町感染症対策営業時間短縮要請協力金事業支援金交付申請書

高鍋町感染症対策営業時間短縮要請協力金事業支援金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

※複数の施設を有する場合は、それぞれの店舗ごとに申請してください

◆申請者情報

申請者の 種別 (選択)	☐ 法人	法人番号														(13桁)
		店舗住所	高鍋町大字													
		資本金又は 出資金の額	円				常時雇用する 従業員数	人								
	☐ 個人	店舗住所	高鍋町大字													
生年月日		年 月 日				常時雇用する 従業員数	人									
担当者	フリガナ					所属部署										
	氏名															
	連絡先	電話番号： — — メールアドレス： @														

◆営業時間

	営業時間 ※テイクアウトや宅配を除く	酒類提供時間 ※酒類の提供があれば記入
変更前	: ~ :	: ~ :
変更後	: ~ :	: ~ :
☐ 休業	休業された場合は□にチェックを入れ変更前の時間のみ記入してください	

◆営業時間短縮要請（休業を含む）に応じた期間

※該当する□にチェックを入れてください。

☐	8月14日（土）から8月24日（火）まで	11日間
☐	8月15日（日）から8月24日（火）まで	10日間
☐	8月16日（月）から8月24日（火）まで	9日間

（裏面あり）

◆ガイドライン遵守等の同意（内容を確認のうえ□にチェックを入れてください。）

□	ガイドラインの遵守を誓約し、事業者名等を公表することに同意いたします。
---	-------------------------------------

※ガイドラインの遵守及び事業者名等の公表に同意しない場合は、支援金の支給対象となりません。

◆交付申請額

	百万	拾万	万	千	百	拾	円
					0	0	0

※支給額計算書により算定された額を記載してください

◇添付書類

- (1) 高鍋町感染症対策営業時間短縮要請協力金事業支援金交付請求書（様式第2号）
- (2) 誓約書（様式第3号）
- (3) 高鍋町感染症対策営業時間短縮要請協力金事業支援金支給額計算書（別紙）
- (4) 新型コロナウイルス感染防止対策チェックシート（別紙）
- (5) 要請期間に営業時間の短縮を行ったことが確認できる書類
（店舗等での告知、ポスター類の写真又はホームページの写し等）
- (6) 請求書記載の振込口座が確認できる書類の写し（通帳のコピー等）
- (7) 営業の実態が確認できる書類
 - ・個人事業者の場合は、直近1期分の確定申告書の写し又は町民税申告書の写し等
 - ・法人の場合は、直近の事業年度の確定申告書の写し及び法人事業概況説明書の写し等
 - ・創業間もない場合は、税務署提出の開業届の写し又は法人設立届の写し等
- (8) 食品衛生法に基づく営業許可を証する書類の写し等
- (9) 店舗の外観及び内観の写真（飲食スペースが確認できるもの）
- (10) 飲食業売上高が確認できる書類（1日当たり支給単価が25,000円の場合は省略可）