**【****様式第１号】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 処理欄 | 受付 | 審査 | 支給 |
|  |  |  |

**さくら市新型コロナウイルス感染症対策**

**地元事業者応援助成金 申込書**

令和　　　年　　　月　　　日

さくら市長　花塚　隆志　様

（申請者）住所　　　　　　　

氏名　　　　　　　印

【個人事業主の場合】

事業所所在地：さくら市

店舗名等：　　　　　　　　　　（業種：　　　　　　）

さくら市地元事業者応援助成金の交付を受けたいので，裏面の宣誓に同意した上で，下記のとおり申し込みます。

記

**１　申請者情報**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者区分（☑） | 法人番号（法人の場合のみ） | | | | | | | | | | | | | 創業年月日 |
| 法人　 個人事業主 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**２　売上減少率**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ａ　対象月の売上高 | Ｂ　前年同月の売上高 | Ｃ　減少率 |
| （　　　　　年　　　　月） | （　　　　　年　　　　月） | （１－（Ａ／Ｂ））×１００ |
| 円 | 円 | ％ |

※　創業から１年に満たない場合、Ｂには「創業からの平均売上」の金額を記入してください。

※　Ｃには小数点以下第二位を切り捨てて、第一位までの数字を記入してください。

**３　助成上限額**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 売上の減少率 | ２０％以上５０％未満 | | ※　売上の減少率が  ５０％以上の場合は，  国の持続化給付金の活用を御検討ください。 |
|  | |
| 助成上限額  **Ｄ** | 法人 | 個人事業主 |
| 300,000円 | |

**４　助成額**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ｅ** | **Ｆ** | **Ｇ** 減少見込額 | **Ｈ** 助成額 |
| **Ｂ**の月を含む年度の  年間総売上高 | **Ａ** ×１２か月 | **Ｅ** － **Ｆ** | **Ｄ** と **Ｇ** の  **小さい方の金額** |
| 円 | 円 | 円 | 円 |

※　創業から１年に満たない場合，**Ｅ**には（Ｂ×１２か月）の金額を記入してください。

（裏面に続きます。）

**５　助成金の振込先（申請者名義のもの）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名  （☑） |  | | 銀行  信金  農協 | |  | | 本店  支店  出張所  支所 | 預金種別  （☑） | 普通  当座 |
| 口座名義人 | ｶﾅ |  | | | | | | | |
| 名義 | | | | | | | | |
| 店番号 |  | | | 口座番号 | |  | | | |

※　申請者名義の通帳の写し（上記の情報が記載されたページ）を添付してください。

**６　連絡先電話番号**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | 種別（☑） | 電話番号 | （法人の場合）担当者名 |
| １ | 事業所　　 自宅  携帯電話　 その他 |  |  |
| ２ | 事業所　　 自宅  携帯電話　 その他 |  |  |

※　日中に連絡可能な電話番号を記入してください。



【申請情報の取扱い】

申請に係る事業者等の情報は，厳格に保管し，本件助成事業以外の目的には使用しません。