様式第１号

白色申告用

阿武町事業継続緊急サポート給付金支給申請書

令和　年　月　日

阿武町長　　　　　　様

申請者

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　印

電話番号

私は、新型コロナウイルス感染症の発生に起因して、下記のとおり平成３１年１月から令和元年１２月までの売上高が令和２年の同期間の売上高と比べて、２０％以上減少し、かつ減少額も３０万円以上でしたので、阿武町事業継続緊急サポート給付金を申請します。

記

１．売上高等（平成３１年の売上高が５０万円以上、かつ令和２年の売上高が前年比２０％以上の減少、かつ減少額が３０万円以上の方が対象）

・令和元年の売上高　　　Ａ　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　円□

・令和２年の売上高　　　Ｂ　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　円□

・減少額　　　　　　　　Ｃ＝Ａ－Ｂ　　　　　　　　 　　　　　　　円□

・減少率　　　　　　　　Ｄ＝Ｃ/Ａ×100　　　 　 　　　　　　　　％□

２．給付金額　　　　Ｃ×１０％＝　　　　　 　　　　円

（上限５０万円、千円未満切捨）

３．振込先

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 支店名 | 種別 | 口座番号 | ﾌﾘｶﾞﾅ  口座名義 |
|  |  | 普通・当座 |  |  |

【添付書類】

・平成３１年の確定申告書第一表の控え（１枚）

・令和２年の確定申告書第一表の控え（１枚）

・申請者本人名義の口座通帳の写し

・本人確認書類（運転免許証、個人番号カード、健康保険証＋住民票など）

様式第２号

青色申告用

阿武町事業継続緊急サポート給付金支給申請書

令和　年　　月　　日

阿武町長　　　　　　様

申請者

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　印

電話番号

私は、新型コロナウイルス感染症の発生に起因して、下記のとおり平成３１年１月から１２月までの売上高が令和２年の同期間の売上高と比べて、２０％以上減少し、かつ減少額も３０万円以上でしたので、阿武町事業継続緊急サポート給付金を申請します。

記

１．売上高等（平成３１年の売上高が５０万円以上、かつ令和２年の売上高が前年比２０％以上の減少、かつ減少額が３０万円以上の方が対象）

・令和元年の売上高　　　Ａ　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　円□

・令和２年の売上高　　　Ｂ　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　円□

・減少額　　　　　　　　Ｃ＝Ａ－Ｂ　　　　　　　　 　　　　　　　円□

・減少率　　　　　　　　Ｄ＝Ｃ/Ａ×100　　　 　 　　　　　　　　％□

２．給付金額　　　　Ｃ×１０％＝　　　　　 　　　　円

（上限５０万円、千円未満切捨）

３．振込先

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 支店名 | 種別 | 口座番号 | ﾌﾘｶﾞﾅ  口座名義 |
|  |  | 普通・当座 |  |  |

【添付書類】

・平成３１年と令和２年の年売上高がわかるもの（確定申告書第一表の控え、確定申告書別表一など）

・所得税青色申告書決算書の控え（２枚）

・法人事業概況説明書の控え（２枚）＊法人のみ

・申請者本人もしくは法人名義の口座通帳の写し

・本人確認書類（運転免許証、個人番号カード、健康保険証＋住民票など）＊個人のみ

　・事業所の売上が確認できる書類（決算書など）