

売上高減少申告書・誓約書

開業後1年未満版

※ 本様式は、前年同月の売上高を用いることができない場合に限り、使用可能です。

(該当しない場合に本様式の提出があった場合には、「通常版」の提出をお願いしますのでご注意ください。)

1 申請者の主たる業種 (いずれか1つにチェックしてください。)			
<input type="checkbox"/> 1 農業、林業	<input type="checkbox"/> 2 建設業	<input type="checkbox"/> 3 製造業	<input type="checkbox"/> 4 運輸業
<input type="checkbox"/> 5 卸売業	<input type="checkbox"/> 6 小売業	<input type="checkbox"/> 7 不動産業 物品賃貸業	<input type="checkbox"/> 8 宿泊業
<input type="checkbox"/> 9 飲食サービス業	<input type="checkbox"/> 10 生活関連 サービス業	<input type="checkbox"/> 11 娯楽業	<input type="checkbox"/> 12 教育・学習支援業
<input type="checkbox"/> 13 医療・福祉	<input type="checkbox"/> 14 サービス業 (他に分類されないもの)	<input type="checkbox"/> 15 その他	<input type="checkbox"/> 16 会社以外の法人 (NPO法人、農業法人等)

※上記は、日本標準産業分類に定める大分類の業種です。

2 売上高の減少率 (売上高を記入の上、減少率を計算してください。)		
1 か月間の売上高・・・① (2020年1月～12月のいずれか1か月)	左記①の 前月の1 か月間の売上高	左記①の 前々月の1 か月間の売上高
2020年【 】月	<input type="checkbox"/> 2019 年【 】月 <input type="checkbox"/> 2020	<input type="checkbox"/> 2019 年【 】月 <input type="checkbox"/> 2020
A 円	B 円	C 円

前月・前々月の売上高の平均売上高 (小数点以下切り捨て)

$$D = (B + C) / 2 = \boxed{\hspace{2cm}} \text{円}$$

平均売上高からの減少率

$$(D - A) / D \times 100 = \boxed{\hspace{2cm}} \%$$

※減少率 30%以上 50%未満が、
給付金交付の要件です。

(小数点以下切捨て)

3 誓約・同意事項 (※必ず以下事項をお読みください。) 該当する部分に☑してください。全ての項目に☑がある方が申請可能です。
<input type="checkbox"/> この給付金の交付を受けたことはありません。
<input type="checkbox"/> 必要な許認可を取得の上、3か月以上市内で事業活動を行う中小企業者であり、引き続き市内において事業を継続していく意思があります。
<input type="checkbox"/> 上記の売上高の減少は、新型コロナウイルス感染症による影響のため生じたものです。
<input type="checkbox"/> 令和2年1月～給付金申請日の属する月の前月の間に、1か月間の売上高が前年同月と比較して50%以上減少した月はありません。
<input type="checkbox"/> 申請日の属する月の1か月間の売上高についても前年同月と比較して50%以上減少しないことが見込まれます。
<input type="checkbox"/> 性風俗関連特殊営業又は性風俗関連特殊営業に係る接客業務受託営業ではありません。
<input type="checkbox"/> 政治団体、宗教上の組織又は団体ではありません。・宗教上の組織又は団体ではありません。
<input type="checkbox"/> 暴力団の構成員又は暴力団に関与する者ではありません。
<input type="checkbox"/> 給付金の交付にあたり、市税に未納はありません。また、必要な市税等の公簿の閲覧、市税務部局への提出書類の内容の共有に同意します。
<input type="checkbox"/> その他給付金の申請に係る提出書類の記載内容は、全て事実です。
<input type="checkbox"/> 市からの関係書類の提出の求め、事情聴取、帳票・書類等の調査に応じます。
<input type="checkbox"/> 虚偽その他不正な手段により給付金の交付を受けたときは、給付金の交付決定の取消しなど、石岡市からの指示等に従い、給付金を返還します。

令和 年 月 日

石岡市長 殿

令和2年度石岡市中小企業等事業継続給付金の申請に当たり、上記に記載の事項に相違ないことを誓約・同意します。

法人の名称 (個人の場合は屋号)

法人代表者の役職・氏名 (個人の氏名) _____ (印)