

記入例

営業時間短縮要請等関連事業者応援給付金申告書・誓約書

1 申請者の主たる業種 (いずれか1つに☑してください。)			
<input type="checkbox"/> 1 製造業	<input type="checkbox"/> 2 運輸業	<input type="checkbox"/> 3 卸売業	<input checked="" type="checkbox"/> 4 小売業
<input type="checkbox"/> 5 宿泊業	<input type="checkbox"/> 6 飲食サービス業	<input type="checkbox"/> 7 生活関連サービス業	<input type="checkbox"/> 8 娯楽業
<input type="checkbox"/> 9 教育・学習支援業	<input type="checkbox"/> 10 医療・福祉	<input type="checkbox"/> 11 その他 ()	

※上記は、日本標準産業分類に定める大分類の業種です。

2 県支援一時金の申請区分 (県一時金の支給を受けた区分及び事業者区分を☑してください。)		
【区 分】	【事業者区分】	(事業内容の例)
<input type="checkbox"/> 1 営業時間短縮要請に協力した飲食店との直接取引があり影響を受けた	<input type="checkbox"/> 1 食品加工・製造事業者 <input type="checkbox"/> 2 器具・備品事業者 <input type="checkbox"/> 3 サービス事業者 <input type="checkbox"/> 4 流通関連事業者 <input type="checkbox"/> 5 その他 ()	(惣菜製造, 飲料加工, 酒造業者等) (食器, 調理器具, 消耗品の販売業者等)
<input checked="" type="checkbox"/> 2 不要不急の外出・移動の自粛要請に伴い直接的な影響を受けた	<input type="checkbox"/> 1 飲食事業者 <input type="checkbox"/> 2 宿泊事業者 <input type="checkbox"/> 3 文化・娯楽サービス事業者 <input type="checkbox"/> 4 冠婚葬祭事業者 <input type="checkbox"/> 5 旅行関連事業者 <input checked="" type="checkbox"/> 6 小売事業者 <input type="checkbox"/> 7 教育・スポーツ関連事業者 <input type="checkbox"/> 8 旅客運送事業者 <input type="checkbox"/> 9 イベント関連事業者 <input type="checkbox"/> 10 理・美容, 生活衛生関連事業者 <input type="checkbox"/> 11 その他サービス事業者 <input type="checkbox"/> 12 その他 ()	(ホテル, 旅館等) (遊園地, 映画館, カラオケ, 麻雀店等) (結婚式場, 葬儀場等) (旅行代理店, レンタカー, 観光用駐車場等) (土産物屋, 雑貨屋, アパレルショップ 等) (学習塾, 各種習い事, スポーツクラブ等) (バス, タクシー, 運転代行業等) (イベント企画・運営, 司会業, 演者等)

茨城県の営業時間短縮要請等関連事業者支援一時金に申請した内容を選んで☑してください。

茨城県から受給した支援一時金を全て☑してください。

事業内容及び販売・物提供サービス等の事業内容を記載してください。

3 県支援一時金の受給 (支給を受けたものすべてに☑してください。)	4 事業の内容
<input checked="" type="checkbox"/> 1 第1弾 (1月～2月のいずれかの月が前年同月比で50%以上減少) <input checked="" type="checkbox"/> 2 第2弾 (4月～6月のいずれかの月が前年同月比で30%以上減少) <input type="checkbox"/> 3 第3弾 (8月～9月のいずれかの月が前年同月比で30%以上減少)	アパレルショップ (アクセサリ・衣類を販売)

5 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 checked="" type="checkbox"/>	この給付金の交付を受けたことはありません。
<input checked="" type="checkbox"/>	この給付金の申請時において、市内の店舗、事業所、施設等で事業活動を行う法人又は個人事業主であり、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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	給付金の交付にあたり、市区町村民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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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。

上記記載事項の「誓約・同意事項」に相違ない場合は、記名・押印 (法人は代表者印) をお願いいたします。

令和3年11月8日

石岡市長 殿

令和3年度石岡市営業時間短縮要請等関連事業者応援給付金の申請にあたり、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) **株式会社 いしおか商店**
 法人代表者の役職・氏名 (個人の氏名) **代表取締役 石岡 太郎** 印