

川崎市小規模事業者臨時給付金交付申請書

令和 2 年 7 月 16 日

(あて先) 川崎市長

(申請者)

所在地 川崎市〇〇区〇〇 〇-〇
名称 〇〇株式会社
代表者職・氏名 代表取締役 〇〇 〇〇 印
電話番号 〇 4 4 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇
メールアドレス 〇〇@XXX.jp

川崎市小規模事業者臨時給付金の交付を受けたいので、次のとおり、関係書類を添えて申請します。

代表者印を押印
(例：代表取締役印)

- ・交付要綱第3条に規定する交付対象者に該当すること
・申請者(及び申請者の役員)は、暴力団員(暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第2条第6号に規定する暴力団員)に該当せず、また、将来においても該当しないこと
・国が所管する持続化給付金の給付を受けておらず、また今後当該給付金の給付を受けた場合は申し出ること

さらに、次の事項に同意します。

- ・上記誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことに同意し、異議は一切申し立てません。
・貴職において必要と判断した場合には、交付申請に関する

口座名義人とフリガナは通帳に記載のとおり記入してください。

1 交付申請額 100,000円

2 振込先口座情報※

Table with 4 rows: 金融機関名 (〇〇銀行), 支店名 (〇〇支店), 口座種別 (普通 当座), 口座番号 (1 2 3 4 5 6 7), フリガナ (マルマル(カ ダ)化ヨウトリシマリヤク マルマル マルマル), 口座名義人 (〇〇株式会社 代表取締役 〇〇 〇〇)

※振込先口座は申請者名義である必要があります。

振込先金融機関名、支店名、口座番号、口座種別及び口座名義人が確認できるものの写しを添付してください。

通帳の場合は、表紙と1・2ページ目(フリガナや支店名の書いてあるページ)の写しを提出してください。

普通・当座以外の口座には振り込めませんのでご注意ください。

3 企業概要

Table with 2 columns: 業種 (1つをチェックしてください), 商業・サービス業 () / 製造業・その他 (金属製品製造業), 常時使用する従業員の数 (役員等は含めない) 15人, 資本金 10,000,000円

商業・サービス業は5人以下、製造業・その他は20人以下が対象です。

(次項に続く)

4 事業収入（売上高）の減少

1.令和2年 <u>5</u> 月の1箇月の事業収入	<u>700,000</u> 円 a
<p>※注意</p> <ul style="list-style-type: none"> ・上記任意の1か月間の事業収入金額を示した帳簿等の写し（売上台帳など）若しくは税理士又は公認会計士による事業収入（売上）確認書（第2号様式）を必ず添付してください。添付がない場合は給付金の交付を受けることができません。 ・添付書類に記載の金額が上記右側 a の金額と一致していることを必ず確認してください。 	
2-A. 平成30年12月以前から事業を営んでいる、法人の場合又は個人で青色申告の場合 前年同月の1箇月の事業収入	<u>1,000,000</u> 円 b
2-B. 令和2年1月～3月に設立した場合又は平成31年1月から令和元年12月までの間に 設立したが令和元年12月までの事業収入が0円である場合	
<p>設立年月 _____年_____月</p> <p>令和2年1月から令和2年3月までの1月あたりの平均事業収入 (年間の事業収入÷令和2年1月から令和2年3月までの間で事業を行った月数)</p> <p>平均 _____円 b</p>	<p>2-A, 2-B, 2-Cについては、 ご自身が該当する1つの欄を ご記入ください。</p>
2-C. 上記2-A,2-B以外で交付対象者に該当する場合	
<p>設立年月 _____年_____月</p> <p>平成31年1月から令和元年12月までの1月あたりの平均事業収入 (年間の事業収入÷平成31年1月から令和元年12月までの間で事業を行った月数)</p> <p>平均 _____円 b</p>	
<p>※注意</p> <ul style="list-style-type: none"> ・2-A～Cの事業収入を確認するため、公募要領を熟読のうえ、確定申告書類等若しくは税理士又は公認会計士による事業収入（売上）確認書（第2号様式）を必ず添付してください。添付がない場合は給付金の交付を受けることができません。 ・添付書類に記載の金額が、上記bの金額と一致しているか、月割で計算出来ることを必ず確認してください。 	
3. 事業収入の減少額	<p>減少額 <u>300,000</u> 円 b-a</p> <p>減少比率 <u>30.00</u> %</p> <p>(b-a)÷b×100 小数点第3位以下切捨て</p>
<p>※注意</p> <ul style="list-style-type: none"> ・上記右側記載の減少比率が<u>30%未満</u>又は<u>50%以上</u>の場合は本給付金の交付対象となりません。 	

税理士または公認会計士による事業収入（売上）確認書

1. 令和2年 5 月の1箇月の事業収入	700,000 円 a
2-A. 平成30年12月以前から事業を営んでいる、法人の場合又は個人で青色申告の場合 前年同月の1箇月の事業収入	1,000,000 円 b
2-B. 令和2年1月～3月に設立した場合又は平成31年1月から令和元年12月までの間に 設立したが令和元年12月までの事業収入が0円である場合 設立年月 ____年____月 令和2年1月から令和2年3月までの1月あたりの平均事業収入 (年間の事業収入÷令和2年1月から令和2年3月までの間で事業を行った月数) 平均 _____ 円 b	
2-C. 上記2-A, 2-B以外で交付対象者に該当する場合 設立年月 ____年____月 平成31年1月から令和元年12月までの1月あたりの平均事業収入 (年間の事業収入÷平成31年1月から令和元年12月までの間で事業を行った月数) 平均 _____ 円 b	
3. 事業収入の減少額	減少額 300,000 円 b-a 減少比率 30.00 % (b-a) ÷ b × 100 小数点第3位以下切捨て

上記内容は、 ○○株式会社 ※の事業収入金額と相違ありません。

※会社名を記入

令和2年 7 月 15日

担当の税理士または公認会計士による記名・押印の上、
必ず原本を提出してください。

税理士 ○○ ○○ 印

※担当の税理士又は公認会計士による記名・押印

原本の提出であることが必要です。
PDF、カラーコピー等では確認書とすることができません。