

北広島市 小規模事業者臨時支援金 支給申請書兼請求書

小規模事業者臨時支援金の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

令和 2 年 × 月 × 日

北広島市長 様

記載例(法人)

申請者の情報	主たる事業所等の所在地 (支給決定通知送付先)	〒061-1121 北広島市中央●丁目●番地●													
	申請・請求事業者名 (法人名又は個人事業者名)	フリガナ	カブシキガイシャ キタヒロシマシ												
		名称	株式会社 北広島市												
	代表者職氏名	代表取締役 北広 太郎 (印)													
	申請者の種別	選択	<input checked="" type="checkbox"/> 法人	法人番号	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
<input type="checkbox"/> 個人事業者			個人事業者の自宅住所 (上記所在地と異なる場合)	〒											
生年月日			大正・昭和・平成・西暦 年 月 日												
担当者名	所属	総務部総務課				フリガナ	ホソカイ	ジロウ							
						氏名	北海	次郎							
連絡先	固定電話	011-●●●-××××				携帯電話	090-▲▲▲▲-▲▲▲▲								

申請・請求額	円
--------	---

北広島市から支払われる小規模事業者臨時支援金については、下記により口座振替払いとしていただきたく申し出ます。

振込先口座	金融機関	●● 銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	北広島 本店 支店	預金種目	普通	口座番号 (右詰めで記入) ● ● ● ● ● ● ● ●					
	フリガナ	カブシキガイシャ キタヒロシマシ									
	口座名義人	株式会社 北広島市 代表取締役 北広 太郎									

(注) ゆうちょ銀行の場合は「記号番号」を記入せず「支店名」「口座番号」をそれぞれの欄にご記入ください。

支給要件をすべて満たしている必要があります。チェックをしてください。

支給要件			
①	<input checked="" type="checkbox"/> 従業員が5人以下の市内事業者である。	従業員数 (必須)	5 人
②	<input checked="" type="checkbox"/> 令和2年3月31日までに開業している。	開業年月日 (必須)	平成 25 年 4 月 1 日
③	<input checked="" type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症による売上への影響が最も大きい月の売上減少率が0%を超え50%未満である。		
④	<input checked="" type="checkbox"/> 国の「持続化給付金給付金」の支給対象外である。		
⑤	<input checked="" type="checkbox"/> 北海道の「休業協力・感染リスク低減支援金」、「経営持続化臨時特別支援金」の支給対象外である。		
⑥	<input checked="" type="checkbox"/> 北広島市の「休業協力支援金」の支給対象外である。		
⑦	<input checked="" type="checkbox"/> 新しい生活様式を実践している。(取り組み内容は裏面の)		

全ての支給要件を満たしていることを確認のうえ、すべてにチェックしてください。

(注) 裏面にも記載事項があります。

実践している取組のすべてにチェックしてください。

「新しい生活様式」の実践	<input type="checkbox"/> 3つの密（密閉・密集・密接）の防止（換気や行列間隔の工夫など）
	<input checked="" type="checkbox"/> 飛沫感染、接触感染の防止（従業員のマスク着用など）
	<input type="checkbox"/> 移動時における感染の防止（時差出勤や在宅勤務など）
	<input type="checkbox"/> 発熱者等の施設への入場防止（従業員・来訪者の検温・体調確認など）
	<input type="checkbox"/> 「北海道スタイル」安心宣言に掲げる取り組みの実施
<input type="checkbox"/> その他（ 実践している取組の全てにチェックを入れてください。 ）	

市内にある事業所をすべて記載してください。（事業所が4か所以上ある場合はコピーして使用してください。）

市内事業所の名称及び所在地	1	フリガナ	キタヒロ ショウテン	電話番号	011-●●●-XXXX
		名称	キタヒロ商店		
		所在地	〒●●●-●●●● 北広島市中央●丁目●番地●		
	2	フリガナ	キタヒロシマ ビヨウイン	電話番号	011-●●●-XXXX
		名称	北広島美容院		
		所在地	〒●●●-●●●● 北広島市大曲南ヶ丘●丁目●番地●		
3	フリガナ		電話番号		
	名称				
	所在地	〒			

売上比較のため該当する項目を記入し、金額がわかる書類を添付してください。なお、下記比較月以外の売上高がわかる書類の提出は不要です。（減少率は小数点第2位を四捨五入してください）

売上比較	令和元年12月以前に開業している事業者	令和2年1月から申請月の前月までにおいて、前年同月比の減少率が最も大きい月の売上を比較します。
	令和2年1月以降に開業している事業者	令和2年4月以降の売上の影響が最も大きい月の売上と、令和2年1月から3月の月平均の売上を比較します。
	減少率が最も大きい月の1か月の売上	300,000円 (A)
	上記の月の前年同月の1か月の売上(※1)	500,000円 (B)
	売上の減少率(小数点第2位を四捨五入)	40.0% [((B)-(A))÷(B)×100]
	(※1) 比較する前年同月時点で未開業の場合は令和元年の平均売上を月売上とみなします。	
	売上の影響が最も大きい月の1か月の売上	円 (C)
	令和2年1月から3月までの月平均売上(※2)	円 (D)
	売上の減少率(小数点第2位を四捨五入)	% [((D)-(C))÷(D)×100]
	(※2) 月の途中で開業している場合は、「日平均売上×営業日」を月売上とみなします。	

対象月	売上		減少率	対象月	売上		減少率
	R1	R2			R1	R2	
1月	300,000円	300,000円	0%	7月	400,000円	円	%
2月	300,000円	300,000円	0%	8月	400,000円	円	%
3月	400,000円	300,000円	25.0%	9月	300,000円	円	%
4月	500,000円	350,000円	30.0%	10月	400,000円	円	%
5月	500,000円	300,000円	40.0%	11月	400,000円	円	%
6月	500,000円	円	%	12月	300,000円	円	%

令和元年の月別売上が不明な場合は、月平均売上を令和元年の各月の売上とすることができます。


北広島市 小規模事業者臨時支援金 支給申請書兼請求書

小規模事業者臨時支援金の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

令和 2 年 × 月 × 日

北広島市長 様

記載例(個人)

申請者の情報	主たる事業所等の所在地 (支給決定通知送付先)	〒061-1121 北広島市中央●丁目●番地●					
	申請・請求事業者名 (法人名又は個人事業者名)	フリガナ	キタヒロ ショウテン				
		名称	キタヒロ商店				
	代表者職氏名	北広 太郎 					
	申請者の種別	<input type="checkbox"/> 法人	法人番号				
		<input checked="" type="checkbox"/> 個人事業者	個人事業者の自宅住所 (上記所在地と異なる場合)	〒●●●●●●●● 北広島市中央●丁目●番地●			
生年月日		大正・昭和・平成・西暦 2 年 2 月 2 日					
担当者名	所属	この部分は個人事業者の場合、代表者が対応する場合は記載不要です。					
連絡先	固定電話	011-●●●●-××××		携帯電話	090-▲▲▲▲-▲▲▲▲		

申請・請求額	円
--------	---

北広島市から支払われる小規模事業者臨時支援金については、下記により口座振替払いとしていただきたく申し出ます。

振込先口座	金融機関	●● 銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	北広島 本店 支店	預金種目	普通	口座番号 (右詰めで記入) ●●●●●●●●			
	フリガナ	キタヒロ タロウ							
	口座名義人	北広 太郎							

(注) ゆうちょ銀行の場合は「記号番号」を記入せず「支店名」「口座番号」をそれぞれの欄にご記入ください。

支給要件をすべて満たしている必要があります。チェックをしてください。

支給要件			
①	<input checked="" type="checkbox"/> 従業員が5人以下の市内事業者である。	従業員数 (必須)	5 人
②	<input checked="" type="checkbox"/> 令和2年3月31日までに開業している。	開業年月日 (必須)	平成 25 年 4 月 1 日
③	<input checked="" type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症による売上への影響が最も大きい月の売上減少率が0%を超え50%未満である。		
④	<input checked="" type="checkbox"/> 国の「持続化給付金給付金」の支給対象外である。		
⑤	<input checked="" type="checkbox"/> 北海道の「休業協力・感染リスク低減支援金」、「経営持続化臨時特別支援金」の支給対象外である。		
⑥	<input checked="" type="checkbox"/> 北広島市の「休業協力支援金」の支給対象外である。		
⑦	<input checked="" type="checkbox"/> 新しい生活様式を実践している。(取り組み内容は裏面のと)		

全ての支給要件を満たしていることを確認のうえ、すべてにチェックしてください。

(注) 裏面にも記載事項があります。

実践している取組のすべてにチェックしてください。

「新しい生活様式」の実践	<input type="checkbox"/> 3つの密（密閉・密集・密接）の防止（換気や行列間隔の工夫など）
	<input checked="" type="checkbox"/> 飛沫感染、接触感染の防止（従業員のマスク着用など）
	<input type="checkbox"/> 移動時における感染の防止（時差出勤や在宅勤務など）
	<input type="checkbox"/> 発熱者等の施設への入場防止（従業員・来訪者の検温・体調確認など）
	<input type="checkbox"/> 「北海道スタイル」安心宣言に掲げる取り組みの実施
<input type="checkbox"/> その他（ 実践している取組の全てにチェックを入れてください。 ）	

市内にある事業所をすべて記載してください。（事業所が4か所以上ある場合はコピーして使用してください。）

市内事業所の名称及び所在地	1	フリガナ	キタヒロ ショウテン	電話番号	011-●●●-XXXX
		名称	キタヒロ商店		
	2	フリガナ	キタヒロシマ ビヨウイン	電話番号	011-●●●-XXXX
		名称	北広島美容院		
	3	フリガナ		電話番号	
		所在地	〒		

売上比較のため該当する項目を記入し、金額がわかる書類を添付してください。なお、下記比較月以外の売上高がわかる書類の提出は不要です。（減少率は小数点第2位を四捨五入してください）

売上の比較	令和元年12月以前に開業している事業者	令和2年1月から申請月の前月までにおいて、前年同月比の減少率が最も大きい月の売上を比較します。
	令和2年1月以降に開業している事業者	令和2年4月以降の売上の影響が最も大きい月の売上と、令和2年1月から3月の月平均の売上を比較します。

減少率が最も大きい月の1か月の売上	300,000	円 (A)
上記の月の前年同月の1か月の売上(※1)	500,000	円 (B)
売上の減少率 (小数点第2位を四捨五入)	40.0	% [((B)-(A))÷(B)×100]

(※1) 比較する前年同月時点で未開業の場合は令和元年の平均売上を月売上とみなします。

売上の影響が最も大きい月の1か月の売上		円 (C)
令和2年1月から3月までの月平均売上(※2)		円 (D)
売上の減少率 (小数点第2位を四捨五入)		% [((D)-(C))÷(D)×100]

(※2) 月の途中で開業している場合は、「日平均売上×営業日」を月売上とみなします。

対象月	売上		減少率	対象月	売上		減少率
	R1	R2			R1	R2	
1月	300,000円	300,000円	0%	7月	400,000円	円	%
2月	300,000円	300,000円	0%	8月	400,000円	円	%
3月	400,000円	300,000円	25.0%	9月	300,000円	円	%
4月	500,000円	350,000円	30.0%	10月	400,000円	円	%
5月	500,000円	300,000円	40.0%	11月	400,000円	円	%
6月	500,000円	円	%	12月	300,000円	円	%

令和元年の月別売上が不明な場合は、月平均売上を令和元年の各月の売上とすることができます。

北広島市 小規模事業者臨時支援金 支給申請書兼請求書

小規模事業者臨時支援金の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

令和 2 年 × 月 × 日

北広島市長 様

記載例(個人)
※売上減少率20%未満

申請者の情報	主たる事業所等の所在地 (支給決定通知送付先)	〒061-1121 北広島市中央●丁目●番地●					
	申請・請求事業者名 (法人名又は個人事業者名)	フリガナ	キタヒロ ショウテン				
		名称	キタヒロ商店				
	代表者職氏名	北広 太郎 (印)					
	申請者の種別	選択	<input type="checkbox"/> 法人	法人番号			
			<input checked="" type="checkbox"/> 個人事業者	個人事業者の自宅住所 (上記所在地と異なる場合)	〒●●●●●●●● 北広島市中央●丁目●番地●		
生年月日			大正・昭和・平成・西暦 2 年 2 月 2 日				
担当者名	所属	この部分は個人事業者の場合、代表者が対応する場合は記載不要です。					
連絡先	固定電話	011-●●●●-××××		携帯電話	090-▲▲▲▲-▲▲▲▲		

申請・請求額	円
--------	---

北広島市から支払われる小規模事業者臨時支援金については、下記により口座振替払いとしていただきたく申し出ます。

振込先口座	金融機関	●● 銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	北広島 本店 支店	預金種目	普通	口座番号 (右詰めで記入) ●●●●●●●●			
	フリガナ	キタヒロ タロウ							
	口座名義人	北広 太郎							

(注) ゆうちょ銀行の場合は「記号番号」を記入せず「支店名」「口座番号」をそれぞれの欄にご記入ください。

支給要件をすべて満たしている必要があります。チェックをしてください。

支給要件			
①	<input checked="" type="checkbox"/> 従業員が5人以下の市内事業者である。	従業員数 (必須)	5 人
②	<input checked="" type="checkbox"/> 令和2年3月31日までに開業している。	開業年月日 (必須)	平成 25 年 4 月 1 日
③	<input checked="" type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症による売上への影響が最も大きい月の売上減少率が0%を超え50%未満である。		
④	<input checked="" type="checkbox"/> 国の「持続化給付金給付金」の支給対象外である。		
⑤	<input checked="" type="checkbox"/> 北海道の「休業協力・感染リスク低減支援金」、「経営持続化臨時特別支援金」の支給対象外である。		
⑥	<input checked="" type="checkbox"/> 北広島市の「休業協力支援金」の支給対象外である。		
⑦	<input checked="" type="checkbox"/> 新しい生活様式を実践している。(取り組み内容は裏面のと)		

全ての支給要件を満たしていることを
確認のうえ、すべてにチェックしてください。

(注) 裏面にも記載事項があります。

実践している取組のすべてにチェックしてください。

「新しい生活様式」の実践	<input type="checkbox"/> 3つの密（密閉・密集・密接）の防止（換気や行列間隔の工夫など）
	<input checked="" type="checkbox"/> 飛沫感染、接触感染の防止（従業員のマスク着用など）
	<input type="checkbox"/> 移動時における感染の防止（時差出勤や在宅勤務など）
	<input type="checkbox"/> 発熱者等の施設への入場防止（従業員・来訪者の検温・体調確認など）
	<input type="checkbox"/> 「北海道スタイル」安心宣言に掲げる取り組みの実施
<input type="checkbox"/> その他（ ）	

実践している取組の全てにチェックを入れてください。

市内にある事業所をすべて記載してください。（事業所が4か所以上ある場合はコピーして使用してください。）

市内事業所の名称及び所在地	1	フリガナ	キタヒロ ショウテン	電話番号	011-●●●-XXXX
		名称	キタヒロ商店		
	2	フリガナ	キタヒロシマ ビヨウイン	電話番号	011-●●●-XXXX
		名称	北広島美容院		
	3	フリガナ		電話番号	
		名称			
		所在地	〒 支給額について、売上減少率20%以上50%未満の場合は10万円、0%を超え(1円以上減少)20%未満の場合は5万円となります。		

売上比較のため該当する項目を記入し、金額がわかる書類を添付してください。なお、下記比較月以外の売上高がわかる書類の提出は不要です。（減少率は小数点第2位を四捨五入してください）

売上の比較	令和元年12月以前に開業している事業者	減少率が最も大きい月の1か月の売上	300,000	円 (A)
		上記の月の前年同月の1か月の売上(※1)	370,000	円 (B)
		売上の減少率 (小数点第2位を四捨五入)	18.9	% [((B)-(A))÷(B)×100]
	令和2年1月以降に開業している事業者	売上の影響が最も大きい月の1か月の売上		円 (C)
		令和2年1月から3月までの月平均売上(※2)		円 (D)
		売上の減少率 (小数点第2位を四捨五入)		% [((D)-(C))÷(D)×100]

(※1) 比較する前年同月時点で未開業の場合は令和元年の平均売上を月売上とみなします。
(※2) 月の途中で開業している場合は、「日平均売上×営業日」を月売上とみなします。

対象月	売上		減少率	対象月	売上		減少率
	R1	R2			R1	R2	
1月	300,000円	300,000円	0%	7月	400,000円	円	%
2月	300,000円	300,000円	0%	8月	400,000円	円	%
3月	350,000円	300,000円	14.3%	9月	300,000円	円	%
4月	350,000円	300,000円	14.3%	10月	400,000円	円	%
5月	370,000円	300,000円	18.9%	11月	400,000円	円	%
6月	500,000円	円	%	12月	300,000円	円	%

令和元年の月別売上が不明な場合は、月平均売上を令和元年の各月の売上とすることができます。