

伊賀市事業継続応援給付金交付申請書兼請求書

年 月 日

伊賀市長 様

【申請者】

本社所在地又は住所

市内の事業所所在地 **伊賀市**

企業名又は屋号

代表者職・氏名

伊賀市事業継続応援給付金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。
 また、別紙記載の誓約事項に誓約した上、この誓約が虚偽であること又はこの誓約に反したことにより、給付金の返還を求められることとなっても、異議は一切申し立てません。

記

1 交付申請額 金200,000円

2 申請者情報

申請者区分	営んでいる主な業種	事業開始年月日
<input type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人事業者	業	年 月 日
常時使用する従業員数 ※ 名	※「常時使用する従業員」とは、雇用期間の定めのない者で、パート、アルバイト、派遣社員、契約社員、非正規社員、出向者等を含み、会社役員、個人事業主は除く。	

3 売上高減少率

Bが20万円未満の場合は申請できません

対象月の売上高	比較する前々年同月の売上高	減少率 (B-A)÷B×100 (小数点第2位切捨て)
2021年 月	2019年 月	
A 円	B 円	%

計算式 $\frac{B - A}{B} \times 100 = \%$

4 給付金の振込先(申請者本人名義の口座に限ります)

金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 労働金庫 <input type="checkbox"/> 農協	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 支所	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
金融機関コード	店番号	口座番号(右詰め)		
口座名義人	カナ 名義			

5 連絡先電話番号

種別	電話番号	担当者名
<input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> その他		