

新型コロナウイルス感染症対策事業継続応援給付金に係る事業収入減少証明
及び給付額算定申請書

年 月 日

光商工会議所会頭 様
大和商工会会長 様

本社所在地（法人）又は住所（個人）

法人名（法人）

代表者名（法人）又は氏名（個人）

㊞

担当者名：

担当者連絡先：

私は、新型コロナウイルス感染症により影響を受け、下記のとおり事業収入が減少しました。
つきましては、光市新型コロナウイルス感染症対策事業継続応援給付金の交付申請のため、事業収入減少の証明及び給付額の算定をお願いいたします。

記

- | | | | | |
|---|---------------------------------------|---|---|--|
| 1 | 令和 年 月の1箇月の事業収入 | 円 | a | |
| 2 | 前年の 月の1箇月の事業収入
(□ 年 月～ 年 月の事業収入平均) | 円 | b | |
| 3 | 事業収入の減少額 (b-a) | 円 | c | |

減少比率 (c/b×100) ※小数点第2位切捨処理 % ≥ 20%

- ・添付書類として、昨年度（法人）又は昨年（個人事業者）の確定申告書類の写しや、このたび事業収入が減少した月の売上台帳の写しなどの資料を御提出ください。なお、本証明書は、光市新型コロナウイルス感染症対策事業継続応援給付金の申請以外の目的では利用できません。
- ・令和2年1月1日から同年3月31日までに事業を開始した場合は、事業の開始をした月から令和2年3月31日までの事業収入の月平均と、申請月の前月までの任意の1箇月間の売上を比較してください。

【光商工会議所・大和商工会記載欄】

令和 年 月 日

申請のとおり相違ないことを証明します。

また、光市新型コロナウイルス感染症対策事業継続応援給付金給付要綱第3条の規定により、給付金の額を算定した結果、光市新型コロナウイルス感染症対策事業継続応援給付金の額は、以下のとおりで間違いありません。

給付金の額

円

㊞