

第1号様式(第4条関係)

令和 2年 月 日

羽咋市長 宛

申請者 所在(住所)

名称(氏名)

印

### 羽咋市持続化給付金給付申請書

羽咋市持続化給付金給付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて次のとおり給付金の給付を申請します。

事業所名(屋号)			
法人番号			
事業所の住所(代表的な1か所)	(ビル名など)		
市	町	番地	
① 2020年1月～6月の対象月 _____月 (事業収入 円)	② 2019年1月～6月の総事業収入 円		
※減少幅が最大で30%以上50%未満	③ ①の事業収入に6を乗じた額 円		
④ 給付金の計算 ②-③= 円	⑤ 給付申請額(1万円未満切り捨て) 円		
申請者生年月日(法人設立日) 年 月 日	連絡先:担当 電話( ) -		
※添付書類	① 2019年の申告書の写しなど申請者および事業収入の確認ができるもの。 ② 2020年の1月から6月までのうち申請月前月までの売上がわかるもの。 ※売上の集計表・通帳の写しなど書式は問いません。 ③ 申請者確認書類:運転免許証、保険証、パスポートなど ④ 営業に係る必要な許可証などの写し。 ⑤ 通帳の表紙部分で口座情報の確認ができるもの。		

#### 口座情報

金融機関	銀行 金庫・組合 農協・漁協	本店・支店 出張所 本所・支所
種別 普通・当座・( )	口座番号	
口座名義人(カタカナ)		

処理欄※記入不要

金融機関コード	支店コード	確認印	確認者①	確認者②	支払予定日

羽咋市長 宛

## 誓 約 書

羽咋市持続化給付金に関して、次のとおり誓約します。

- 申請内容は正確に記載していることを確認しました。錯誤または虚偽が判明した場合は羽咋市持続化給付金の返還等に応じます。
- 2020 年 1 月から 2020 年 6 月の期間を対象として国の実施する持続化給付金を受給した場合は、羽咋市持続化給付金を返還します。
- 羽咋市から確認・審査または給付後の調査にかかる求めがあった場合はこれに応じます。また、手続き等に必要な場合において課税情報の閲覧に同意します。
- 提供した情報は、暴力団排除のために石川県警察本部に照会されることを同意します。
- 申請者、使用人その他従業員もしくは構成員等が、羽咋市暴力団排除条例第 2 条第 1 号に規定する暴力団、同第 2 条第 3 号に規定する暴力団員に該当しません。また、上記の暴力団及び暴力団員が、申請者の経営に参画していません。
- 給付金を受けた対象事業所名（屋号等）などの情報が公表されることに同意します。

所在地（住所）

名称（氏名）

印

※ 自署での署名をお願いいたします。