

令和 3 年 月 日

群馬県知事 あて

群馬県感染症対策事業継続支援金（ぐんま月次）申請書（9月分）

群馬県感染症対策事業継続支援金の支給を受けたいので、以下のとおり関係書類を添えて申請します。なお、以下に記載した事項は事実と相違ありません。

1 申請者情報

法人の方	本店（主たる事業所） 所在地	〒 - 群馬県	
	法人名（フリガナ）	()	
	法人番号		
	資本金（出資金）	万円	
	業 種（日本標準産業分類）		
	代表者職・氏名	(フリガナ)	
	作成担当者・連絡先 ※日中連絡が取れるもの	氏名（電話番号）	(フリガナ) (- -)
メールアドレス			

個人事業主の方	屋 号（フリガナ）	()	
	業 種（日本標準産業分類）		
	住 所	〒 - 群馬県	
	氏 名	(フリガナ)	
	作成担当者・連絡先 ※日中連絡が取れるもの	氏名（電話番号）	(フリガナ) (- -)
メールアドレス			

2 振込先口座 ※振込先口座は「申請者」本人の口座（法人の場合は法人口座）に限ります

振込先※	金融機関名				支店・支所名			
	ゆうちょ銀行	店 番			預金種類	普通 ・ 当座 ・ その他		
	共 通	口座番号						※右詰め記入
		フリガナ						
	口座名義							

※裏面も忘れずに記入のこと

3 申請金額

(1) 事業収入（売上）の減少額

令和3年9月の月間売上 (A)	円 (A)
<input type="checkbox"/> R2（前年）・ <input type="checkbox"/> R1（前々年）9月の月間売上 (B) ※ どちらかに <input checked="" type="checkbox"/>	円 (B)
売上減少額 (B - A) (C)	円 (C)
減少比率（小数点第2位を切り捨て） (C) ÷ (B) × 100	% (30以上50%未満であること)

(2) 申請金額

申請金額	① (1)の(C)欄の金額（千円未満切り捨て）	000円
	② 法人：20万円、個人事業主：10万円	
	①と②のいずれか低い方の金額	000円

4 該当要件申告（※内容について、県又は審査事務局から問合せをすることがあります。）

主たる事業の売上減少の要因が群馬県からの営業時間短縮要請又は不要不急の外出・移動の自粛要請の影響であることについて、下記の該当する欄いずれかにを入れ詳細を記載してください。

<input checked="" type="checkbox"/> A	<ul style="list-style-type: none"> ・営業時間短縮要請に伴い、営業時間を短縮した飲食店等と直接・間接の取引がある。 ・不要不急の外出・移動の自粛の影響を受けた事業者との直接・間接の取引がある。 ・具体的な取引内容を記載してください。 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin: 5px 0;"></div> <ul style="list-style-type: none"> ・群馬県内の主な取引先を記載してください。 （※間接取引の場合は、下記①に間接取引先の内容を記載したうえで、②以降に最終の飲食店等の内容を記載してください。その際②の月間取引金額は空白でもかまいません。） <p>① 取引先名 _____ 取引先住所 _____ (R2.9・R1.9) 月間取引金額 _____ 円</p> <p>② 取引先名 _____ 取引先住所 _____ (R2.9・R1.9) 月間取引金額 _____ 円</p> <p style="text-align: right;">※ 別途、取引確認書類が必要です（申請要領参照）</p>
<input type="checkbox"/> B	<ul style="list-style-type: none"> ・不要不急の外出・移動の自粛の要請により直接的な影響を受けた。 ・具体的な影響内容を記載してください。 <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin: 5px 0;"></div>

