

第1号様式（第5条関係）

座間市中小企業等緊急支援給付金給付申請書

年 月 日

(宛先) 座間市長

所在地

事業所名

代表者名

④

連絡先

担当者

次のとおり座間市中小企業等緊急支援給付金の給付を申請します。

主たる業種	
施設の種類	<input type="checkbox"/> 自己所有 <input type="checkbox"/> 賃貸
市内開業年月日	年 月 日
給付要件	<input type="checkbox"/> 神奈川県新型コロナウイルス感染症拡大防止協力金交付 ※30%以上売上減少している場合でも、神奈川県新型コロナウイルス感染症拡大防止協力金の交付を受けている場合は、こちらを選択してください。 <input type="checkbox"/> 30%以上売上減少（減少率 _____ %） 売上減少対象月（ _____ 年 _____ 月） 対象月の事業収入 _____ 円 比較対象月の事業収入 _____ 円 ※平成31年2月以降に創業し、申請の時点で比較対象月がない場合は、創業した月から令和2年1月までの期間の月平均の事業収入
給付金申請額	金100,000円
添付書類	[共通] <input type="checkbox"/> 座間市中小企業等緊急支援給付金にかかる誓約書兼同意書（第2号様式） <input type="checkbox"/> 開業届、営業許可書等の写し <input type="checkbox"/> 座間市中小企業等緊急支援給付金給付対象事業所一覧表（第3号様式） [給付要件別] <input type="checkbox"/> 神奈川県新型コロナウイルス感染症拡大防止協力金の交付を受けたことが確認できる書類の写し <input type="checkbox"/> 対象月の属する事業年度の直前の事業年度の確定申告書又は収支内訳書の写し <input type="checkbox"/> 対象月の月間事業収入が分かるもの [個人の場合] <input type="checkbox"/> 本人確認の書面 <input type="checkbox"/> 住民票の写し [法人の場合] <input type="checkbox"/> 履歴事項全部証明書 <input type="checkbox"/> 役員等氏名一覧表（第4号様式）

