

令和 3 年 月 日

大和高田市 市長 殿

(申請者)

住所
申請者本人の住所
法人は本社（本店）
の住所

名称

代表者職氏名

印

担当者名及び
連絡先

大和高田市時短協力支援金交付申請書兼請求書

貴市からの協力要請を受けて、営業時間の短縮に取り組みましたので、大和高田市時短協力支援金の交付を申請します。
また、交付決定があった後は、交付決定された協力金を下記の口座に振り込んでいただきますよう請求します。
なお、下記及び別紙記載の内容については、事実と相違ありません。

記

① 対象店舗の情報 法人 法人以外（個人事業主）

基本情報	フリガナ		
	店舗名 (商号又は屋号)		
	フリガナ	ヤマトカダシ	
	店舗所在地	大和高田市	
	電話番号		通常の定休日
大和高田市感染症予防対策応援ステッカーの交付を受けていますか。			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 申請中

② 協力金振込先口座情報

金融機関名	
支店名	
口座種別	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 <input type="checkbox"/> その他
口座番号	
口座名義人	フリガナ

※振込先口座は、申請者ご本人名義の口座に限ります。法人の場合は、当該法人名義の口座に限ります。

③取組内容

5/2（日）～5/11（火）まで、以下の通り、営業時間を短縮しました。						
日付	通常の営業時間	時短要請期間中の営業時間	備考(注1)			
5/2	日	: ~ : ⇒ : ~ :				
5/3	月	: ~ : ⇒ : ~ :				
5/4	火	: ~ : ⇒ : ~ :				
5/5	水	: ~ : ⇒ : ~ :				
5/6	木	: ~ : ⇒ : ~ :				
5/7	金	: ~ : ⇒ : ~ :				
5/8	土	: ~ : ⇒ : ~ :				
5/9	日	: ~ : ⇒ : ~ :				
5/10	月	: ~ : ⇒ : ~ :				
5/11	火	: ~ : ⇒ : ~ :				

①時短営業に協力した日数 (定休日、休業日を含む)	日
------------------------------	---

※「奈良県緊急対処措置」による奈良県からの支給額を含む

売上高	令和元年(平成31年)1月～12月の売上高(注2)	⇒	交付金額	②日額
	<input type="checkbox"/> 3,000万円までの飲食店等			20,000円
	<input type="checkbox"/> 3,000万～1億円までの飲食店等			40,000円
	<input type="checkbox"/> 1億円を超える飲食店等			60,000円

↓

申請金額	①時短営業に協力した日数 × ②日額	円
------	--------------------	---

※(注1)

定休日または休業した日については、備考欄にその旨を記載してください。
やむを得ない理由により時短営業に協力できなかった日がある場合は、備考欄にその理由を記載してください。

※(注2)

平成31年2月以降に開業した店舗は、開業月から連続12ヶ月分の売上で算定してください。
ただし、開業月から12ヶ月が経過していない場合は、開業月からの売上高の合計÷月数×12ヶ月の式で算定してください。