石川町ふくしま感染拡大防止対策認定店応援金交付申請書

年　　　月　　　日

石川町長

申請者　所在地

　又は住所

事業所名

（認定施設名　　　　　　　　　　　　　　　）

代表者職・氏名

（自署又は記名押印）

電話番号

　石川町ふくしま感染拡大防止対策認定店応援金交付要綱第４条の規定により、下記のとおり申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １．交付申請金額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| ２．申請区分（該当する方に〇をつけてください） |
|  | 令和３年度のいずれかひと月（任意の月）の売上高が３０万円以上（交付額：５万円） |
|  | 令和３年度のいずれかひと月（任意の月）の売上高が３０万円未満（交付額：３万円） |
| ３．売上高　　　　令和　３年 ・ ４年　　　　　月分 | 　　　　　　　　円 |

※添付書類

（１）令和３年度のいずれかひと月（任意の月）の売上高が確認できる書類

（確定申告書、決算書、売上台帳、帳簿等の写）

（２）ふくしま感染防止対策認定店の認定を受けたことが確認できる書類等

　　の写し

（３）同意書兼誓約書【様式第２号】