

記載上の注意

石川町雇用維持支援事業交付金交付申請書

年 月 日

石川町長 様

申請者所在地

又は住所 _____

事業者名 _____

代表者職・氏名 _____

電話番号 _____

※町内事業所の所在地を記入してください。

石川町雇用維持支援事業交付金交付要綱第4条の規定により、下記のとおり申請します。

※町内事業所で勤務する雇用保険有資格従業員数を記入してください。

1. 申請金額		円 (交付対象従業員数×10,000円)
2. 交付対象従業員数 (令和3年10月末日現在の雇用保険有資格従業員数)		名
3. 売上高等 $\frac{B-A}{B} \times 100 \geq 10\%$		減少率 %
月別	【対象月の売上高等】 令和3年1月から令和3年10月の間で連続する3か月	【前年又は前々年の売上高等】 令和2年又は令和元年の1月から10月の間で連続する3か月
月	円	円
月	円	円
月	円	円
合計	A 円	

※町内事業所での売上高等を記入してください。

※添付書類

- (1) 売上高等が確認できる書類
(確定申告書、決算書、売上台帳及び帳簿等のいずれかの写し)
- (2) 適用事業所台帳ヘッダー2 (インクジェット用紙にて取得)
- (3) 同意書兼誓約書 (様式第1号)

※町内事業所のみ各書類が提出できない場合には、書類余白に
例) 石川営業所 ○名で相違ありません
等金額、人数が確認できる内容を記入してください。