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

　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。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 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×１００ ≧10％Ｂ－Ａ　　　　　　　　 Ｂ | 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 | **Ｂ**　　　　　　　　　　　　円 |

※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（ハローワークにて取得）

（３）同意書兼誓約書（様式第２号）