

申請要件確認表

商号又は名称		電話番号	(日中連絡が繋がる電話番号・携帯電話)
代表者名		担当者名	

◇小規模事業者の要件確認 (業種のいずれか一つを選び従業員数を記入して下さい)

業 種	常時雇用する従業員数	従業員基準
<input type="checkbox"/> 製造業	人	20人以下が申請の対象 です。
<input type="checkbox"/> 建設業	人	
<input type="checkbox"/> 運輸業	人	
<input type="checkbox"/> サービス業(うち娯楽業)	人	
<input type="checkbox"/> 娯楽業	人	
<input type="checkbox"/> その他の業種()	人	
<input type="checkbox"/> 卸売業	人	5人以下が申請の対象 です。
<input type="checkbox"/> 小売業	人	
<input type="checkbox"/> サービス業(うち娯楽業以外)	人	
<input type="checkbox"/> 教育、学習支援業	人	
<input type="checkbox"/> その他の業種()	人	

※医師、歯科医師、主たる収入が農業収入の方、社会福祉法人、任意団体 等は対象となりません。
 ※通常の従業員と比べて労働時間が短い方等(パートやアルバイト)は、常時雇用する従業員に含みません。
 ※会社役員、個人事業主本人及び同居の親族従業員は、常時雇用する従業員に含みません。

◇売上高の計算、給付額など

※決算書、試算表、売上帳等に基づき正確に記載してください。
 ※減少率は小数点第1位まで記入(小数点第2位以下は四捨五入)

売上高における消費税処理方法	税込み	税抜き	処理
令和2年__月の売上高	(A)	円	<input type="checkbox"/>
前年同 __月の売上高	(B)	円	<input type="checkbox"/>
売上高の減少(B) - (A)	(C)	円	<input type="checkbox"/>
売上高の減少率 (C) ÷ (B) × 100	(D)	%	<input type="checkbox"/>

※(D)減少率が20%以上の場合に申請の対象となります。

(D)が50%以上	給付額 20万円	(E) 給付金申請額 万円	<input type="checkbox"/>
(D)が20%以上50%未満	給付額 10万円		

※いずれかにチェック☑をつけてください

売上高が減少した理由	<input type="checkbox"/> 顧客の外出自粛 <input type="checkbox"/> 取引先の休業・生産調整 <input type="checkbox"/> 工事等の中止・延期 <input type="checkbox"/> その他()
給付金の使途(複数可)	<input type="checkbox"/> 運転資金 <input type="checkbox"/> 社員の給料 <input type="checkbox"/> 事業所の家賃 <input type="checkbox"/> 生活資金 <input type="checkbox"/> その他()