

様式1

＜法人用＞休業要請支援金（府・市町村共同支援金）申請書

大阪府知事 様

令和 2(2020)年 月 日

大阪府緊急事態措置に伴う休業等の要請に協力し、対象施設を全面的に休業しているため、「休業要請支援金（府・市町村共同支援金）」募集要項の内容を了承の上、休業要請支援金（府・市町村共同支援金）を申請します。なお、下記に記載した事項については事実と相違ありません。

1. 申請者の情報

		受付番号				
法人番号					印	
法人名フリガナ						
法人名						
本社所在地の郵便番号						
本社所在地（都道府県）	大阪府	本社所在地（市町村）				
本社所在地 （区町字名、番地等）						
代表者氏名フリガナ						
代表者氏名						
代表者役職						
代表者住所						
代表者生年月日				性別		
連絡先電話番号			連絡先メールアドレス			

2. 休業要請等対象施設の情報

施設の名称					
施設の所在地の郵便番号					
施設の所在地（都道府県）	大阪府	施設の所在地（市町村）			
施設の所在地 （区町字名、番地等）					
種類					
内訳			内訳その他のとき		

3. 支援金振込口座に関する情報

金融機関名			金融機関コード		
支店名			支店コード		
預金種目			口座番号		
振込先名義（カタカナ）					

休業要請支援金（府・市町村共同支援金）申請要件確認書

令和2(2020)年 月 日

大阪府知事 様

所在地

法人名・

屋号

代表者

職氏名

印

休業要請支援金（府・市町村共同支援金）の申請にかかる対象要件については、下記のとおりです。
 なお、下記に記載した事項については事実と相違ありません。

記

受付番号

※ はチェックを入れてください。

中小企業 基本法上 の業種	<input type="checkbox"/> 小売業 <input type="checkbox"/> サービス業 <input type="checkbox"/> その他（ ）	資本金	円	常時雇用 する 従業員数	人
---------------------	---	-----	---	--------------------	---

休業要請等対象施設 の所有・賃貸の別	<input type="checkbox"/> 所有	<input type="checkbox"/> 賃貸
-----------------------	-----------------------------	-----------------------------

※本支援金は、府の要請等の対象となる施設について、その運営を行う事業者を対象としています。

休業要請等に 協力した期間	令和2(2020)年 4月 日（ ）から5月6日（水）まで		
営業時間の 短縮 ※食事提供施設 の場合は必須	通常の営業時間	時 分	～ 時 分
	協力要請期間中の営業時間 (テイクアウト・宅配は除く)	時 分	～ 時 分
	<input type="checkbox"/> 19時以降の酒類の提供はしていません。		

売上の減少	平成31年(令和元年) 4月の売上金額(a)【注】	令和2年4月の売上金額 (b)	売上金額の減少率 (b÷a)%-100%
	円	円	%

※売上金額の減少率がマイナス50%以上であることが必要です。

【注】

- ・平成31年4月2日～令和元年11月30日の間に開業した場合、開業翌月から12月までの平均月間売上を記入
- ・令和元年12月1日～令和2年2月29日の間に開業した場合、開業翌月から3月までの平均月間売上を記入
- ・令和2年3月1日から3月31日までに開業した場合は3月の売上を記入

→【注】に該当する場合は
「開業年月日」を記載してください。

開業年月日(※)

年 月 日

※法人の場合は、会社成立年月日

誓約書

私は、大阪府緊急事態措置に伴う施設の使用制限の要請等に基づき、「休業要請支援金(府・市町村共同支援金)」の支給を申請するに当たり、下記の内容について、すべて誓約致します。

記

※誓約事項を確認し、チェックボックスにチェックを入れてください。

私は、申請要件を全て満たしています。	<input type="checkbox"/>
申請書類に記載された内容に虚偽が判明した場合は、本支援金の返還と違約金の支払いに応じます。	<input type="checkbox"/>
大阪府から検査・報告・是正のための措置の求めがあった場合は、これに応じます。	<input type="checkbox"/>
申請書類に記載された使用制限の要請等を受けている施設名(屋号)・所在する市町村名の公表に応じます。	<input type="checkbox"/>
申請書類に記載された情報を税務情報として使用することに同意します。	<input type="checkbox"/>
個人情報の取り扱いに関して、本支援金の審査・支給に関する事務に限り、大阪府が一部事務委託を予定している公益財団法人大阪産業局、本支援金事業を共同実施する市町村と共有することに同意します。	<input type="checkbox"/>
業種に係る営業に必要な許可等を全て有しており、それを証明するものを添付しています。	<input type="checkbox"/>
申請書類に記載された情報を、大阪府暴力団排除条例第24条に基づき、大阪府警察本部に提供することに同意します。	<input type="checkbox"/>
代表者、役員又は使用人その他の従業員若しくは構成員等が、大阪府暴力団排除条例第2条第1号に規定する暴力団、同条第2号に規定する暴力団員、同条第3号に規定する暴力団員等及び同条第4号に規定する暴力団密接関係者には、該当せず、かつ将来にわたっても該当しません。また、上記の暴力団、暴力団員、暴力団員等及び暴力団密接関係者が経営に事実上参画していません。	<input type="checkbox"/>

令和 年 月 日

大阪府知事 様

所在地 _____

名 称 _____

代表者名 _____ 印

※下線部については、法人の代表者又は個人事業主が自署・押印(法人の場合は代表者印、個人の場合は実印)してください。