

法人用

福井県版持続化給付金申請書類 チェックリスト

※チェック欄にチェックの上、様式 2 - 1、様式 3、添付書類とともにご提出ください。

チェック欄	書類名
<input type="checkbox"/>	1 様式 1 - 1 福井県版持続化給付金申請書類チェックリスト この用紙です
<input type="checkbox"/>	2 様式 2 - 1 福井県版持続化給付金申請書 ※申請は 1 事業者につき 1 回のみとなります。
<input type="checkbox"/>	3 様式 3 福井県版持続化給付金誓約書
<input type="checkbox"/>	<p>4 添付書類</p> <p>次の (1) ~ (4) の書類が全て必要となります。</p> <p><input type="checkbox"/> (1) 令和 2 年の年間売上 (令和 2 年 1 月から令和 2 年 12 月まで) が分かる帳簿の写し (提出する帳簿は、令和 2 年 1 月から令和 2 年 12 月までの毎月の売上も分かるものであること) ※令和 2 年の年間売上が分かる箇所に必ず○を付けてください。</p> <p><input type="checkbox"/> (2) 令和元年の年間売上 (平成 31 年 1 月から令和元年 12 月まで) が分かる帳簿の写し (提出する帳簿は、平成 31 年 1 月から令和元年 12 月までの毎月の売上も分かるものであること) ※令和元年の年間売上が分かる箇所に必ず○を付けてください。</p> <p><input type="checkbox"/> (3) 前事業年度分の法人税確定申告書別表 1 の写し</p> <p><input type="checkbox"/> (4) 振込先の銀行名、支店名、口座およびカタカナの口座名義が印字された通帳等の「<u>表紙裏見開きページ</u>」の写し ※通帳等の写しは 2 ページに貼り付けてください。 ※振込先の口座は、申請した法人の口座に限ります。 ※インターネット銀行や当座預金等の通帳が無い口座の場合も、振込先の銀行名、支店名、口座およびカタカナの口座名義が分かる書類を提出してください。</p>

添付書類（４） 通帳等の「表紙裏見開きページ」の写し 貼付欄

口座名義（カナ）
店番 口座番号
銀行名（銀行コード） 支店名

福井県版持続化給付金申請書

令和3年 月 日

福井県知事 様

事業者 〒

所在地

フリガナ
名称

フリガナ
代表者氏名 印

連絡先 電話

FAX

福井県版持続化給付金申請書は署名（手書き）ではない場合、記名押印のうえご提出ください。

次のとおり福井県版持続化給付金（10万円）について、関係書類を添えて申請します。

1 売上減少割合（※提出する帳簿の写しについて、年間売上が分かる箇所に必ず○を付けてください。）

(1) 令和2年（令和2年1月から令和2年12月まで）

令和2年の年間売上＋令和2年に受給した給付金等の額 円・・・①

(2) 令和元年（平成31年1月から令和元年12月まで）

令和元年の年間売上 円・・・②

(3) 売上減少割合（小数点以下切り捨て）

△ %

※上記の計算式 (①/②-1) × 100

2 申請事業者の情報

法人番号	<input type="text"/>
------	----------------------

3 営業の実態

営業している業種（複数ある場合は代表的な業種）	<input type="text"/>	営業許可等の必要の有無	<input type="text"/>
-------------------------	----------------------	-------------	----------------------

4 日中に必ず連絡が取れる連絡先

氏名	フリガナ	<input type="text"/>
		<input type="text"/>
電話番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5 給付金の振込先に関する情報

金融機関名	<input type="text"/>	金融機関コード	<input type="text"/>	(4桁)
店舗名	<input type="text"/>	店番号	<input type="text"/>	(3桁)
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通預金（総合口座も含む） <input type="checkbox"/> 当座預金 <input type="checkbox"/> その他（ <input type="text"/> ）			
口座番号	<input type="text"/>	(7桁)	<input type="text"/>	
口座名義	フリガナ	<input type="text"/>		
		<input type="text"/>		

記入例① 法人の場合

福井県版署名（手書き）ではない場合、代表者印を押印してください。

令和3年 4月 16日

福井県知事 様

事業者 〒910-8580

所在地 福井県福井市大手3丁目17-1

福井県版持続化給付金申請書は署名（手書き）ではない場合、記名押印のうえご提出ください。

フリガナ マルマル

名称 株式会社〇〇

フリガナ マルマル マルマル

代表者氏名 代表取締役 〇〇 〇〇

代表者印

添付書類として提出する帳簿の写しに記載されている売上（令和2年については、令和2年に受給した給付金等の額を加えたもの）を記入してください。また、「※上記の計算式」を参考に、売上減少割合を記入してください。

次のとおり福井県版持続化給付金(10万円)について、関係書類を添えて申請します。

1 売上減少割合（※提出する帳簿の写しについて、年間売上が分かる箇所に必ず〇を付けてください。）

(1) 令和2年(令和2年1月から令和2年12月まで)

令和2年の年間売上+令和2年に受給した給付金等の額 25,000,000円...①

(2) 令和元年(平成31年1月から令和元年12月まで)

令和元年の年間売上 30,000,000円...②

(3) 営業している業種を記入してください。記入した業種について営業許可等の必要の有無を記入してください。

△ 16 %

※上記の計算式 (①/②-1) × 100

2 申請事業者の情報

法人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

3 営業の実態

営業している業種(複数ある場合は代表的な業種)	酒類販売	営業許可等の必要の有無	有
-------------------------	------	-------------	---

4 日中に必ず連絡が取れる連絡先

氏名	フリガナ	フクイ タロウ
		福井 太郎
電話番号		0776-△△-△△△△

日中に必ず連絡が取れる電話番号を記入してください。申請書類を受領してから2週間経過しても、連絡が取れない場合、申請を取り下げたものとみなし、申請書類を返送させていただきます。

5 給付金の振込先に関する情報

金融機関名	●●銀行	金融機関コード	0	1	2	3	(4桁)
店舗名	××支店	店番号	4	5	6	(3桁)	
預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通預金(総合口座も含む)	<input type="checkbox"/> 当座預金	<input type="checkbox"/> その他 ()				
口座番号	0	1	2	3	4	5	6
口座名義	フリガナ	カ) マルマル	株式会社〇〇				

通帳等の表紙裏見開きページに記載されているカタカナの口座名義を正しく記入してください。

ゆうちょ銀行の口座番号等の記入方法は、「【参考】ゆうちょ銀行の口座番号等について」を参照し記入してください。

【参考】ゆうちょ銀行の口座番号等について

ゆうちょ銀行の金融機関コード（銀行コード）は、9900です。

「1」から始まる口座

「0」から始まる口座

お持ちのキャッシュカード・通帳で
記号が①から始まる場合

記号が①から始まる場合
(一般振替口座)

ゆうちょ銀行の記号・番号

- ・店番は「記号」の2～3桁目の数字の最後に「8」をつける
- ・口座番号は、桁数にかかわらず、「番号」の最後の「1」をとる

記号 11940 番号 12345671

2～3桁目の数字の最後に「8」をつける

桁数にかかわらず最後の「1」をとる

店番 198 口座番号 1234567

漢数字になります

振込用の口座番号

店名 一九八店 (イチキウハチ店)

預金種目 総合口座通常貯金 普通預金 通常貯蓄貯金 貯蓄預金

ゆうちょ銀行の記号・番号

- ・店番は「記号」の2～3桁目の数字の最後に「9」をつける

記号 01930 1 番号 123456

2～3桁目の数字の最後に「9」をつける

使いません

そのまま

店番 199 ~~1~~ 口座番号 123456

漢数字になります

振込用の口座番号

店名 一九九店 (イチキウキウ店)

預金種目 当座預金

誓 約 書

私は、福井県版持続化給付金（以下「県版給付金」という。）を申請するにあたり、下記誓約事項について誓約します。

記

- ①県版給付金申請受付要項（以下「要項」という。）で定める内容の全てについて同意します。
- ②県版給付金の給付を受けるための申請要件を全て満たしています。
- ③申請内容に虚偽が判明した場合、または要項で定める不正受給の例等、不正受給に該当した場合、県版給付金の返還に応じるとともに、民法404条に基づく延滞金および県版給付金と同額の違約金を支払います。その場合、申請者名を公表することに同意します。
- ④県版給付金の受給後に、申請要件を満たしていないことが判明した場合は、県版給付金の返還に応じるとともに、民法404条に基づく延滞金を支払います。
- ⑤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。
- ⑥県の産業労働行政推進のため、申請者の事業者名、住所、連絡先等の情報を県内の商工会、商工会議所および商工会連合会に提供することに同意します。
- ⑦申請内容の確認のため、県が第三者に対し申請者の全ての情報を提供し内容を確認すること、また、県が第三者から情報の提供を受けることに同意します。

以上

※必ずご記入ください。

令和3年 月 日

福井県知事 様

所在地 _____

名 称 _____

代表者氏名 _____ 印

※署名（手書き）ではない場合は、記名押印のうえご提出ください。