

市内事業者応援金 対象要件③用
令和2年4月または5月の売上高等減少

いずれかを選んでチェック、
してください。要です。

申請内容確認書

見本

1. 事業者の基本情報

事業者名	株式会社昭島	種別	<input checked="" type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人事業主	主たる業種	飲食業
開業年月日	昭和29年5月1日	従業員数	30人	資本金 ※法人のみ	1000万円
連絡先 ※平日日中	(042) 544 - 5111			担当者	昭島 花子

2. 売上高等に関する情報

売上高等	①令和2年 5 月 ※4月また5月のいずれかを記入。	1,300,000円
	②令和元年 5 月 ※①の前年同月を記入。 ※創業1年未満等の場合はQ&Aを参照。	2,000,000円
減少率	$\frac{②-①}{②} \times 100$	35 % ※20%以上50%未満であること

いずれかを選んでチェック
してください。

個人事業主の所在要件の情報

令和2年3月31日以前から以下のいずれかの要件に当てはまる事業者が対象です。
以下の□のいずれかにチェックを入れ、住所等記入してください。

<input checked="" type="checkbox"/> ①法人であり、本店登記が市内	本店所在地	昭島市 田中町1-17-1
<input type="checkbox"/> ②法人であり、事業所等が市内	事業所等所在地	事業所名または屋号 _____ 昭島市 _____
<input type="checkbox"/> ③個人事業主であり、事業所等が市内	事業所等所在地	事業所名または屋号 _____ 昭島市 _____
<input type="checkbox"/> ④個人事業主であり、事業所等は市外だが、昭島市民である	居住地及び事業所等所在地	昭島市 _____ 事業所名または屋号 _____ (市外) _____

上記内容について、事実と相違ありません。

なお、②に該当する場合、必要な限り、納税情報等を確認することに同意します。

④に該当する場合、必要な限り、住民情報等を確認することに同意します。

所在地 昭島市田中町1-17-1

企業名 株式会社昭島

代表者名 代表取締役 昭島太郎

印