

休業要請を受けていない事業所の記入例（法人）

<法人用> 休業要請外支援金 申請書

Web受付で入力いただいた内容が印字されます。提出前に内容を再度ご確認ください。Webデータは、修正できません。追記等がある場合は、手書きにて記入してください。修正の場合は、二重線での訂正と、訂正印として代表者印を押印して提出してください。

令和2年6月●日

「休業要請外支援金」募集要項の内容を了承の上、休業要請外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

電子受付出来なかった方は
空欄で結構です。

受付番号

EC1234567

法人区分	<input checked="" type="checkbox"/> 中小企業 <input type="checkbox"/> その他法人		印
法人番号	●●●●●●●●●●●●●●●● (13桁)		代表者印を 押印して ください。
法人名フリガナ	カブシキカイシャ オオサカタロウ		
法人名	株式会社 大阪太郎		
本社所在地の郵便番号	●●●●●●●●		全角で入力してください。
本社所在地（都道府県）	大阪府	本社所在地（市区町村）	●●市
本社所在地 （区町字名、番地等）	●●町2-1-1		
代表者氏名フリガナ	オオサカ タロウ		全角で入力してください。
代表者氏名	大阪 太郎		
代表者役職	代表取締役		
代表者住所の郵便番号	●●●●●●●●		
代表者住所（都道府県）	大阪府	代表者	「常時雇用する従業員」とは、労働基準法の規定に基づく「予め解雇の予告を必要とする者」をさします。パート、アルバイト、派遣職員、契約社員、非正規社員及び出向者も含まれる場合があります。詳しくは、中小企業庁HP FAQ Q3を参照ください。 https://www.chusho.meti.go.jp/faq/faq/faq01_teigi.htm#q3
代表者住所 （区町字名、番地等）	●●町●-●-●		
代表者生年月日	197●年●月●日		
連絡先電話番号	●●●●●●●●●●	連絡先メールアドレス	●●●●●@●●●●●.jp
中小企業 基本法上 の業種	<input type="checkbox"/> 製造業その他 <input type="checkbox"/> 卸売業 <input checked="" type="checkbox"/> 小売業 <input type="checkbox"/> サービス業	資本金 又は 出資	常時雇用 する 従業員数
		500,000円	10人

2. 支援金振込口座に関する情報

金融機関名	りそな銀行		
支店名	大手支店	金融機関コード	0010
預金種目	普通	支店コード	12
振込先名義 （カタカナ）	カブシキカイシャ オオサカタロウ	口座番号	●●●●●●●● (7桁)

小売業：(例) 食料品売場・ドラッグストア・衣料品店 等
サービス業：(例) 理美容室・病院・飲食店 等
※業種が分からない場合は、中小企業庁HPFAQ「中小企業の定義について」を参照ください。その他の法人については、記載不要です。
https://www.chusho.meti.go.jp/faq/faq/faq01_teigi.htm#q4

金融機関に関するコードは、ホームページ又は、電子申請入力フォーム内のリンク先から検索してご記入ください。

3. 府内に所在する事業所に関する情報

受付番号

いずれか必ず入力してください。

大阪府内に所在する事業所数		<input type="checkbox"/> 1 事業所		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業所以上		
事業所の 情報(1)	名称	大阪太郎衣服				
	所在地の郵便番号	5408570				
	所在地(都道府県)	大阪府	所在地(市町村)	大阪市中央区		
	所在地(区町字名、番地等)	大手前2-1-1				
	所有・賃貸の別	<input type="checkbox"/> 所有	<input checked="" type="checkbox"/> 賃貸	延床面積	90 m ²	
	業態等	衣料品店				
	休業要請対象・対象外の別 ※休業要請の対象となる施設は【別表】支援金対象・対象外施設一覧をご参照ください。	<input type="checkbox"/> 休業要請対象		<input checked="" type="checkbox"/> 休業要請対象外 ⇒ 「4. 売上の減少」へ		
	休業等の状況	施設種類				
		施設内訳				
		施設内訳 その他のとき				
休業等の期間		<input type="checkbox"/> 令和2年4月21日から5月6日まで休業又は営業時間を短縮しました。				
営業時間の短縮 ※食事提供施設の場合は必須		<input type="checkbox"/> 終日休業又は午前5時から午後8時までの間に短縮しました。 <input type="checkbox"/> 午後7時以降の酒類の提供はしていません。				
事業所の 情報(2) 【注】	名称	スーパー大阪太郎				
	所在地の郵便番号	5598555				
	所在地(都道府県)	大阪府	所在地(市町村)	大阪市住之江区		
	所在地(区町字名、番地等)	南港北1-14-16				
	所有・賃貸の別	<input checked="" type="checkbox"/> 所有	<input type="checkbox"/> 賃貸	延床面積	200 m ²	
	業態等	スーパーマーケット				
	休業要請対象・対象外の別 ※休業要請の対象となる施設は【別表】支援金対象・対象外施設一覧をご参照ください。	<input type="checkbox"/> 休業要請対象 ⇒ 「休業等の状況」へ		<input checked="" type="checkbox"/> 休業要請対象外 ⇒ 「4. 売上額の減少」へ		
	休業等の状況	施設種類				
		施設内訳				
		施設内訳 その他のとき				
休業等の期間		<input type="checkbox"/> 令和2年4月21日から5月6日まで休業又は営業時間を短縮しました。				
営業時間の短縮 ※食事提供施設の場合は必須		<input type="checkbox"/> 終日休業又は午前5時から午後8時までの間に短縮しました。 <input type="checkbox"/> 午後7時以降の酒類の提供はしていません。				

店舗名等を入力してください。

区名はこちらの欄に入力してください。

事業内容が分かるよう、できるだけ具体的に記載してください。

区名はこちらの欄に入力してください。

【注】 府内事業所数が2事業所以上の場合、事業所の情報(2)に任意の事業所の情報を記載してください。

4. 売上額の減少 ※全事業の売上額合計を記載してください。

受付番

いずれか必ず入力してください。

売上減少の比較対象期間	<input type="checkbox"/> 4月 <input checked="" type="checkbox"/> 4月と5月の平均
令和2年の比較対象期間の売上額 (a)	2,000,000円
平成31年(令和元年)の比較対象期間の売上額 (b) 【注】	10,000,000円
売上額の減少率 (a ÷ b × 100) % - 100%	-80%

売上額の減少率がマイナス50%以上である必要があります。

【注】

平成31年4月2日以降に開業した場合は、【注】に従って入力してください。

- ・平成31年4月2日以降に開業した場合、開業翌月から12月までの平均月間売上額を記入
- ・令和元年12年1日から令和2年2月29日までに開業した場合、開業翌月から3月までの平均月間売上額を記入
- ・令和2年3月1日から3月31日までに開業した場合、3月の売上額を記入

→ 【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

令和元年10月1日

休業要請支援金(府・市町村共同支援金)の

申請時に付与された受付番号

※「支援金不支給決定通知書」記載の「受付番号(英数字9桁)」です。

休業要請支援金(府・市町村共同支援金)の申請時に付与された受付番号(PK、PH、VK、WHのいずれかで始まる英数字9桁)を入力してください。

誓約・同意書

私は、「休業要請外支援金」に当たり、下記の内容について、誓約・同意致します。

募集要項 P2 の「Ⅱ. 対象要件」をご確認ください。

全ての項目にチェックがない場合は、支給要件を満たしません。全項目を確認のうえ、チェックしてください。

※誓約・同意事項を確認し、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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>
私は、大企業が実質的に経営に参画している企業（いわゆる「みなし大企業」）ではありません。	<input checked="" type="checkbox"/>
新型コロナウイルス感染拡大防止のために、適切な感染防止対策（営業時間の短縮、消毒の徹底、ビニールカーテンによる飛沫の飛散防止、その他の対策）を実施しています。	<input checked="" type="checkbox"/>
休業要請支援金の支給対象でないことを確認するため、休業要請支援金の申請書類に記載された情報を、休業要請支援金の申請書類に記載された情報と照合し、一致していることを確認します。	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>
個人情報の取り扱いに関して、本支援金の審査のために大阪府が事務の一部を委託する事業者（決定次第、府ホームページで公表）に提供することに同意します。	<input checked="" 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。（許可等が必要のない業種については、添付がなくてもチェックを入れてください）	<input checked="" 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 2 4 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>

ソーシャルディスタンスの確保、時差通勤・テレワークの実施、マスク着用の推奨等の感染拡大防止の取組みです。

令和 2 年 6 月 ●日

大阪府知事 様

所在地 ●●県●●市●●町 2-1-1

名称 株式会社 大阪太郎

代表者名 大阪 太郎

忘れずに代表者印を押印してください。

押印して印ください。

※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。