（様式第２号-２　新規開業特例）

新型コロナウイルス感染症の影響による売上減少の申告書兼誓約書

新型コロナウイルス感染症の影響により令和2年12月から令和3年2月の期間で売上が減少しているが、比較する前年同月の売上高が無いため、申請前月の売上高が、申請前月を含む最近３ヶ月の平均売上高と比較して２０％以上減少し、かつ、１０万円以上の売上減少があることを下記の通り申告します。

**【売上減少判定】**（注）試算表、売上帳等に基づき正確に記載してください。

**①申請前月の売上高**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 売上時期 | 年　月 | **（Ａ）**売上高 |
| 申請前月の売上高 | 令和　　年　　月 | 円 |

**②：①と比較する売上高の平均を計算**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 比較する売上時期 | | 比較する売上高 |
| 申請前月を含む3ヶ月の平均売上高 | 令和　　　年　　　月（ⅰ） | 円 |
| 令和　　　年　　　月（ⅱ） | 円 |
| 令和　　　年　　　月（ⅲ） | 円 |
| **（Ｂ）**平均売上高（ⅰ）+（ⅱ）+（ⅲ）÷3　＝　　　　　　　　　　　　円 | |

**③：売上減少率を計算し記入　　　　　　　　　④：売上減少額を計算し記入**

|  |  |
| --- | --- |
| **計算式**  **上記（Ａ）（Ｂ）を代入** | **（Ｃ）減少率**  **（小数点以下切捨て）** |
| （（Ｂ）－（Ａ））÷（Ｂ）×100 | **％** |

|  |  |
| --- | --- |
| **計算式**  **上記（Ａ）（Ｂ）を代入** | **（Ｄ）減少額** |
| （（Ｂ）－（Ａ）） | **円** |

**◎申請要件を満たす方　（Ｃ）が20％以上、かつ、（Ｄ）が10万円以上の方が対象。**

**【誓約書】チェック欄 （□の全てにチェックがついていない場合受付できません）**

□　反社会的勢力でないこと。

□　応援金の給付後、応援金の給付対象者に該当しない事実が判明した場合には、給付した応援金

を一定の期間内に全額返還すること。

□　事務局及び薩摩川内市が行う、関係書類の提出、事情聴取、立入検査等の調査に応じること。

川内商工会議所

会頭　橋口　知章　殿

令和３年　　月　　日

**いずれか一方にチェックしてください。**

商号又は名称

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（様式第２号-２　新規開業特例）

新型コロナウイルス感染症の影響による売上減少の申告書兼誓約書

新型コロナウイルス感染症の影響により令和2年12月から令和3年2月の期間で売上が減少しているが、比較する前年同月の売上高が無いため、申請前月の売上高が、申請前月を含む最近３ヶ月の平均売上高と比較して２０％以上減少し、かつ、１０万円以上の売上減少があることを下記の通り申告します。

対象となる月と売上高を記入

**【売上減少判定】**

**①最近１ヶ月の売上高**（注）試算表、売上帳等に基づき正確に記載してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 売上時期 | 年　月 | **（Ａ）**売上高 |
| 最近１ヶ月の売上高 | 令和　3　年　1　月 | 300,000円 |

対象月を含む3ヶ月の売上高と平均売上高を記入

**②：①と比較する売上高の平均を計算**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 比較する売上時期 | | 比較する売上高 |
| 最近１ヶ月を含む3ヶ月の平均売上高 | 令和　2　年　　11　月（ⅰ） | 560,000円 |
| 令和　2　年　　12　月（ⅱ） | 400,000円 |
| 令和　3　年　　1 　月（ⅲ） | 300,000円 |
| **（Ｂ）**平均売上高（ⅰ）+（ⅱ）+（ⅲ）÷3　＝　　　　　420,000円 | |

（420,000円－300,000円）＝120,000円

　（B）　　　　（A）

（420,000円－300,000円）÷420,000円×100＝28.57・・

　（B）　　　　（A）　　　　　　　　　（小数点以下切捨て）

**③：売上減少率を計算し記入　　　　　　　　　④：売上減少額を計算し記入**

|  |  |
| --- | --- |
| **計算式**  **上記（Ａ）（Ｂ）を代入** | **（Ｃ）減少率**  **（小数点以下切捨て）** |
| （（Ｂ）－（Ａ））÷（Ｂ）×100 | 28　**％** |

|  |  |
| --- | --- |
| **計算式**  **上記（Ａ）（Ｂ）を代入** | **（Ｄ）減少額** |
| （（Ｂ）－（Ａ）） | 120,000**円** |

**◎申請要件を満たす方**

必ずチェックをお願いします。

日付の記載をお願いします。

座判可能。個人事業者は個人印、法人事業者は法人印を押印ください。

**（Ｃ）が20％以上、かつ、（Ｄ）が10万円以上の方が対象。**

**【誓約書】チェック欄 （□の全てにチェックがついていない場合受付できません）**

□　反社会的勢力でないこと。

□　応援金の給付後、応援金の給付対象者に該当しない事実が判明した場合には、給付した応援金

を一定の期間内に全額返還すること。

□　事務局及び薩摩川内市が行う、関係書類の提出、事情聴取、立入検査等の調査に応じること。

川内商工会議所

会頭　橋口　知章　殿

令和３年　　月　　日

**いずれか一方にチェックしてください。**

商号又は名称

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞