

気仙沼市長 宛

申請者 住所 **気仙沼市〇〇町1-1-1**
 法人名 **●●商店**
 (個人の場合) 屋号・店名 **気仙沼 太郎**
 代表者氏名
 連絡先 (電話・携帯) **090-1234-0000**

印

気仙沼市飲食関連事業者復活支援金交付申請書

日中連絡が取れる電話(携帯)番号

記

1 交付申請額 金100,000円

2 業種 飲食店
 飲食関連事業者

※ いずれかの業種の□にレ点を付けてください。
 ※ この支援金は、別紙「飲食関連事業者復活支援金の対象業種」の事業に該当する事業者が対象です。

3 営業を行う店舗等

事業内容	屋号・店名	店舗住所
食料品卸売業	●●商店	気仙沼市〇〇町1-1-1

4 主な取引先の飲食店名及び取引物品・サービス (飲食関連事業者のみ必ず記入ください)

主な取引先の飲食店名	主な取引物品・サービス
居酒屋□□ 具体的店名	醤油など調味料

5 売上高実績 (法人または個人としての事業活動全体の売上実績を記載)

左欄と同じ月

令和4年1月から令和4年3月までの間の任意のひと月の売上高		過去3年(平成31年から令和3年)のうちいずれか1年の同月の売上高	
令和4年1月	(A)	令和2年1月	(B)
	1,000,000円		1,500,000円

減少率 : $(B - A) \div B \times 100 = 33\%$ (20%以上必要)
 (小数第1位切り捨て)

6 支援金の振込先

金融機関名	〇〇銀行	支店名	△△支店						
預金種別	普通・当座・貯蓄・その他	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
フリガナ	ケセンヌマ タロウ								
口座名義人	気仙沼 太郎								

7 誓約書

私は、気仙沼市飲食関連事業者復活支援金の交付申請に関して、以下のとおり誓約します。

- (1) 支援金の申請に関し、全ての申請要件を満たしています。もし、虚偽が判明した場合は、交付決定の取消や支援金の返還等に応じるとともに、加算金等の支払にも応じます。
- (2) 気仙沼市から報告・立入検査等の求めがあった場合は、これに応じます。
- (3) 申請内容に不正があった場合など、必要がある場合には、支援金の支給を受けた事業者名や対象施設名などの情報が公表されることに同意します。
- (4) 申請書類及び添付書類の内容について、税務情報と照合することに同意します。
- (5) 事業活動に関して必要な許認可等を全て有しています。
- (6) 代表者、役員又は使用人その他の従業員等が、気仙沼市暴力団排除条例（平成 25 年 6 月 28 日条例第 39 号）第 2 条第 4 号に規定する暴力団員等に該当しません。
- (7) 申請書類及び添付書類の内容について、気仙沼市が警察等に確認等を行うことに同意します。

8 添付資料

- (1) 過去 3 年（平成 31 年から令和 3 年）のうちいずれかの年の同月比等 20%以上の売上減少が確認できる書類
- (2) 本人確認書類の写し
- (3) 本社所在地、事業内容を確認できる書類の写し
- (4) 支援金の振込先が確認できる通帳の写し