



1					1
---	--	--	--	--	---

神奈川県酒類販売事業者支援給付金給付申請書兼宣誓・同意書

年 月 日

神奈川県知事 殿

別紙 1 記載の宣誓・同意書事項に相違ないことを確認し、これに誓約のうえ酒類販売事業者支援給付金を次のとおり申請します。

申請者の情報	本社・本店所在地	〒													
	酒類製造・販売所在地	記入不要													
	免許年月日	記入不要													
	申請事業者名 (法人名又は屋号及び個人事業者等氏名)	フリガナ													
		法人名又は屋号													
	申請者の種別	選択	<input type="checkbox"/> 法人	法人番号											
			<input type="checkbox"/> 個人事業者等	個人事業者等の自宅住所 (上記所在地と異なる場合)	〒										
			生年月日	西暦	年	月	日								
	担当者名	役職名						フリガナ	氏名	姓	名				
	連絡先	E-mail	@												
固定電話							携帯電話								
基本情報	記入不要														

国の月次支援金の受給	7月	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	申請ID :	
	8月	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	申請ID :	
	9月	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	申請ID :	

【給付金振込先口座情報】

金融機関※1	記入不要				
口座名義人(カナ)※2	記入不要				

※1 口座は、法人の場合は「申請者の情報」に記載した法人名義の口座、個人事業者の場合は申請者本人名義のものを指定してください。

※2 通帳の表紙を1ページめくった中表紙の見開きのカタカナで記載されたものを記入して下さい。

(注) ゆうちょ銀行の場合、通帳等に記載の記号・番号は支店コード・口座番号とは異なります。ゆうちょ銀行のホームページ又はお近くのゆうちょ銀行でご確認ください。

【要件内容】

要件 1	① 時短対象飲食店等との取引	1-1 時短要請対象飲食店等※との直接取引がある事業者 ※2021年7月～2021年9月までに知事による時短・休業要請等の対象の飲食店等				
		主な取引飲食店名				
		所在地	〒			
		電話番号				
		主な理由 (該当する項目すべてをチェックして下さい)	<input type="checkbox"/> 取引先飲食店等が営業時間を短縮したことにより売上が減少した <input type="checkbox"/> 取引先飲食店等が休業（廃業）したことにより売上が減少した <input type="checkbox"/> その他（ ）			
		1-2 時短要請対象飲食店等との間接取引がある事業者				
		商品・サービスを納入する事業者名				
		所在地	〒			
		電話番号		業種		
		主な理由 (該当する項目すべてをチェックして下さい)	<input type="checkbox"/> 取引先飲食店等が営業時間を短縮したことにより売上が減少した <input type="checkbox"/> 取引先飲食店等が休業（廃業）したことにより売上が減少した <input type="checkbox"/> その他（ ）			
		② 外出・移動の自粛要請等による影響	2-1 主に対面で個人向けに酒類を販売する事業者			
2-2 上記事業者への酒類の販売を行う事業者						

※ご確認のうえ、本紙も必ずご提出ください。

別紙 1

神奈川県酒類販売事業者支援給付金に係る宣誓・同意書

神奈川県酒類販売事業者支援給付金要綱（以下「要綱」という。）の規定に基づき、給付の申請を行うすべての対象月分の神奈川県酒類販売事業者支援給付金（以下「給付金」という。）について、次のいずれにも宣誓又は同意します。

- 1 要綱に定める給付金に係る給付要件を満たしており、申請書に記載した内容及びその他の関係書類に虚偽はありません。申請書に記載した内容及びその他の関係書類に虚偽が判明した場合又は同意した事項に違反した場合は、給付金の給付を受けていない場合は給付金の給付を受けることを辞退し、既に給付金の給付を受けていた場合は要綱第9条の規定に従い速やかに神奈川県に返還等を行います。
- 2 給付金の給付の申請に当たり、神奈川県が要綱第6条第1項に規定する審査を行ううえで必要な対応を行ったにもかかわらず、申請者が当該申請について給付要件を満たすことを確認するに足りる対応を行わなかったことを理由として、当該申請が不給付となった場合には、要綱第8条第1項第4号に従い、給付を受けたすべての給付金について、返還を遅滞なく行う義務を負う場合があるほか、要綱第6条第3項により、給付を受ける前の給付金は不給付となり、新たに給付金の給付の申請を行うことができなくなる場合があることに同意します。
- 3 2021年3月31日以前から、酒類販売免許又は酒類製造免許のいずれかを取得して事業を行っており、かつ、給付金の給付を受けた後も事業の継続及び立て直しをする意思があり、そのための取組を継続的に行います。また、2021年4月1日以降、上記免許の取消等処分を受けていません。
- 4 地方公共団体による対象月における飲食店又は大規模施設等に対する休業又は営業時間の短縮に伴う協力の支払対象ではありません。また、他都道府県による同種の給付金を受給しておらず、今後も受給する意思はありません。
- 5 確定申告書並びにその裏付けとなる取引内容が確認できる帳簿書類及び通帳並びに神奈川県が定める対象措置の影響を証明する証拠書類を電磁的記録等により7年間保存します。
※ 帳簿書類とは、日付、取引先、取引内容、取引金額等が証拠書類とともに確認できる売上台帳、請求書、領収書等を指す。
- 6 神奈川県の求めに応じて5で保存している情報を速やかに提出します。
- 7 代表者、役員、従業員、構成員等は、次のいずれにも該当しません。
 - (1) 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号。以下「法」という。）第2条第2号に基づく規定する暴力団（以下「暴力団」という。）
 - (2) 法第2条第6号に規定する暴力団員（以下「暴力団員」という。）
 - (3) 法人にあっては、代表者又は役員のうち暴力団員に該当する者があるもの
 - (4) 暴力団又は反社会的勢力が経営に事実上参画していること
- 8 暴力団又は暴力団員でないことを確認するため、本様式に記載した情報その他必要な情報を神奈川県警察本部に照会することについて同意します。また、県から暴力団又は暴力団員でないことを確認するための追加書類の提出を求められた場合は、給付金の受領後であっても応じます。

【計算書】

法人名 個人事業者名	法人番号
主事業所 住所	電子申請 整理番号

申請対象月 7月分 8月分 9月分

申請する月にチェックを入れて下さい。

事業収入					【単位/円】
	6月	7月	8月	9月	
2021年度の事業収入を 売上台帳より記載して 下さい					}
前年度の事業収入を確 定申告書より記載して 下さい					
前々年度の事業収入を 確定申告書より記載し て下さい					

※申請する月及びその前月のマスが網かけされますので
必ず全ての年度のマスに事業収入を入力してください。

「法人」または「個人事業者等」のいずれかに必ずチェックを入れてください

<input type="checkbox"/> 法人	6月	7月	8月	9月	
A: 基準年の基準月の事 業収入					← 法人
B: 対象月の事業収入					← 法人
C: 減少額 (A-B)					
D: 減少率 (C/A)					
E: 国の給付額					
F: C-E					
D減少率90%以上の方 F額が60万円未満ならそのまま記載。 60万円以上の場合「600,000」とご記入下さ い。		①	②	③	
D減少率70%以上90%未満の方 F額が40万円未満ならそのまま記載。 40万円以上の場合「400,000」とご記入下さ い。		①	②	③	
D減少率30%以上70%未満の方 F額が20万円未満ならそのまま記載。 20万円以上の場合「200,000」とご記入下さ い。		①	②	③	
2ヶ月連続でD減少率15%以上の方 F額が20万円未満ならそのまま記載。 20万円以上の場合「200,000」とご記入下さ い。		①	②	③	

<input type="checkbox"/> 個人事業者等	6月	7月	8月	9月	
A: 基準年の基準月の事 業収入					← 個人
B: 対象月の事業収入					← 個人
C: 減少額 (A-B)					
D: 減少率 (C/A)					
E: 国の給付額					
F: C-E					
D減少率90%以上の方 F額が30万円未満ならそのまま記載。 30万円以上の場合「300,000」とご記入下さ い。		①	②	③	
D減少率70%以上90%未満の方 F額が20万円未満ならそのまま記載。 20万円以上の場合「200,000」とご記入下さ い。		①	②	③	
D減少率30%以上70%未満の方 F額が10万円未満ならそのまま記載。 10万円以上の場合「100,000」とご記入下さ い。		①	②	③	
2ヶ月連続でD減少率15%以上の方 F額が10万円未満ならそのまま記載。 10万円以上の場合「100,000」とご記入下さ い。		①	②	③	

		1				1
--	--	---	--	--	--	---

県への申請額 (①+②+③)	
-------------------	--

円