

申請者 住所又は所在地
 事業者名又は屋号
 代 表 者 名

印

中央市単独持続化給付金チェックシート兼誓約書

中央市単独持続化給付金の申請にあたって、次に掲げる必要書類の添付を確認しました。

項 目	チェック
売上が減少した月（令和2年3～6月）の売上額等を確認できる書類の写し（売上台帳等）	<input type="checkbox"/>
直近の確定申告書等の写し ・法人等：確定申告書別表1の控及び法人事業概要説明書の控 ・個人（青色申告者）：確定申告書第1表及び所得税青色申告決算書の控、売上減少月の前年同月の売上額等を確認できる書類 ・個人（白色申告者）：確定申告書第1表 ※確定申告義務がない場合は、住民税申告書	<input type="checkbox"/>
給付金の振込口座の情報が確認できる書類（通帳を開いた1, 2ページ目の写し）	<input type="checkbox"/>
本人確認書類の写し（※個人事業者のみ） （運転免許証、マイナンバーカード、健康保険証等のいずれかの写し）	<input type="checkbox"/>
法人又は個人事業者を証する書類 ※登記簿謄本等	<input type="checkbox"/>

中央市単独持続化給付金の申請にあたって、次に掲げる事項を確認し、誓約します。

項 目	チェック
中央市単独持続化給付金の請求を重複して申請していません。	<input type="checkbox"/>
国が実施する持続化給付金給付金の支給を受けていないこと、又は、今後受ける予定のないこと。	<input type="checkbox"/>
今度も事業を持続する意思を有していること。	<input type="checkbox"/>
暴力団関係者でないこと。	<input type="checkbox"/>
前年の収入のうち、主たる事業の事業収入が最も大きいこと。	<input type="checkbox"/>
新型コロナウイルス感染症の影響により、令和2年3月から6月までの1箇月の売上高が、前年同月比30%以上50%未満減少していること。	<input type="checkbox"/>
申請内容に虚偽が判明した場合又は要綱に違反した場合、給付金を返還します。	<input type="checkbox"/>
中央市から関係書類の提出、事情聴取等の調査がある場合、これに応じます。	<input type="checkbox"/>
申請内容の確認のため、市税等の課税状況及び納付状況を調査することに同意します。	<input type="checkbox"/>

以下記入不要	受付No.	担当者	確認欄	1	2	3
--------	-------	-----	-----	---	---	---