

申請額計算表

1 売上減少要件の確認

売上減少額 (A) 1,200,000円 … 売上減少額 (A) × 100% = 算出した売上減少額 (B) 円
※1,000円未満は切捨て

県支援金申請時の売上減少額を転記
 ※算定期間が岩手緊急事態宣言期間のいずれかの月を含む令和3年6月から10月までの期間内の連続する3か月であること
 【対象となる連続する3か月のパターン】
 「6～8月」、「7～9月」、「8～10月」

注1 岩手県の地域企業経営支援金支給事業(令和3年度予算事業)で算出に使用したの売となります。ただし、岩手緊急事態宣言期間(令和3年8月・9月)のいずれかの

県事業対象店舗数 (B) 2店舗 … 岩手県の地域企業経営支援金支給事業(令和3年度予算事業)で申請した店舗数

県支援金申請時の店舗数を転記
 ※大船渡市外の店舗も含む

2 県地域企業経営支援金上限額

県事業対象店舗数 (B) 2 × 400,000円 = 県支援金上限額 (C) 800,000円

3 支援金対象売上減少額

支援金対象売上減少額 (D) 400,000円 … 売上減少額 (A) - 県支援金上限額 (C)

4 対象店舗の確認 (店舗がある方のみ記入)

| | | | | |
|---|------|------------------|-----|--------------|
| 1 | 店舗名称 | おおふなと商店 盛店 | 業種 | 小売業 |
| | 住所 | 大船渡市盛町字津野沢15番地 | TEL | 0192-27-3111 |
| 2 | 店舗名称 | おおふなと商店 大船渡店 | 業種 | 小売業 |
| | 住所 | 大船渡市大船渡町字茶屋前7番地6 | TEL | 0192-21-6001 |
| 3 | 店舗名称 | | 業種 | |
| | 住所 | | TEL | |
| 4 | 店舗名称 | | 業種 | |
| | 住所 | | TEL | |
| 5 | 店舗名称 | | 業種 | |
| | 住所 | | TEL | |

「県事業対象店舗数」に記載の店舗数のうち、大船渡市内の店舗について、店舗名称等を記載

注2 業種は令和3年度中小企業経営緊急支援金支給要綱別表2の対象事業一覧より選択してください。
 注3 大船渡市内に所在する店舗を全て記入して下さい。ただし、店舗が5店舗を超える場合には任意の5店舗を記入して下さい。
 注4 上記には店舗のみを記載してください。
 注5 店舗が無い場合は記入不要。

店舗がない、事務所のみの場合はこちらに記載

5 事務所の確認 (店舗がない方のみ記入)

| | | | | |
|---|-------|--|-----|--|
| 1 | 事務所名称 | | 業種 | |
| | 住所 | | TEL | |

注6 店舗を有しない方のみ記載してください。記載の際には主たる事務所(大船渡市内に限る)を記載してください。

6 大船渡市内対象店舗数

大船渡市内対象店舗数 (E) 2店舗

「4 対象店舗の確認」欄に記載した店舗の数を記載

注7 事務所のみの有する場合は複数事務所を有していても1店舗扱いとします。

7 市支援金上限額の確認

大船渡市内対象店舗数 (E) 2 × 100,000円 = 市支援金上限額 (F) 200,000円

注8 上額の考え方: 複数店舗を有している場合には店舗数毎に10万円を上限額に加算します。ただし、1事業者あたり50万円を上限とします。

8 申請額

申請額 200,000円 … 支援金対象売上減少額 (D) と市支援金上限額 (F) のいずれか低い額

申請額計算表

1 売上減少要件の確認

| | | |
|-----------|-----------|---|
| 売上減少額 (A) | 1,200,000 | 円 |
|-----------|-----------|---|

※1,000円未満は切捨て

注1 岩手県の地域企業経営支援金支給事業(令和3年度予算事業)で算出に使用したの売となります。ただし、岩手緊急事態宣言期間(令和3年8月・9月)のいずれかの

県支援金申請時の売上減少額を転記
 ※算定期間が岩手緊急事態宣言期間のいずれかの月を含む令和3年6月から10月までの期間内の連続する3か月であること
 【対象となる連続する3か月のパターン】
 「6～8月」、「7～9月」、「8～10月」

2 対象店舗の確認

| | | | | |
|---|------|----------------|-----|--------------|
| 1 | 店舗名称 | ホテルおおふなと | 業種 | 宿泊業 |
| | 住所 | 大船渡市盛町字津野沢15番地 | TEL | 0192-27-3111 |

注2 大船渡市内に所在する店舗を記載してください。

対象となる大船渡市内の店舗名称等を記載

3 従業員人数の確認

| | | |
|----------|----|---|
| 従業員数 (B) | 15 | 人 |
|----------|----|---|

岩手県の地域企業経営支援金支給事業(令和3年度予算事業)で申請した従業員数

注3 従業員数は雇用保険の事業所別被保険者台帳に記載のある人数を記載してください。

県支援金申請時の従業員数を転記
 ※大船渡市外の店舗も含む

| No. | 従業員数 | 県地域企業経営支援金上限額 | 市支援金上限額 | 該当 |
|-----|--------|---------------|----------|----|
| 1 | 0～9人 | 400,000円 | 100,000円 | |
| 2 | 10～19人 | 800,000円 | 200,000円 | ○ |
| 3 | 20～29人 | 1,200,000円 | 300,000円 | |
| 4 | 30～49人 | 1,600,000円 | 400,000円 | |
| 5 | 50人以上 | 2,000,000円 | 500,000円 | |

注4 電子ファイルで入力する際には従業員 (B) を入力すると自動で「○」が入力されます。

4 県地域企業経営支援金上限額

| | | |
|-------------|---------|---|
| 県支援金上限額 (C) | 800,000 | 円 |
|-------------|---------|---|

注5 上限額の算定においては上記表のとおり。

5 支援金対象売上減少額

| | | |
|----------------|---------|---|
| 支援金対象売上減少額 (D) | 400,000 | 円 |
|----------------|---------|---|

売上減少額 (A) - 県支援金上限額 (C)

6 市支援金上限額

| | | |
|-------------|---------|---|
| 市支援金上限額 (E) | 200,000 | 円 |
|-------------|---------|---|

注6 上限額の算定においては上記表のとおり。

7 申請額

| | | |
|-----|---------|---|
| 申請額 | 200,000 | 円 |
|-----|---------|---|

支援金対象売上減少額 (D) と市支援金上限額 (E) のいずれか低い額