令和２年度 上砂川町事業者支援給付金　申請要領

　新型コロナウィルス感染症の拡大により、大きな影響を受けている事業者に対し、事業全般に広く使える資金として、町独自の給付金を支給します。

１．給付対象者

（１）下記のいずれかの業種に該当し、町内に主たる事業所又は店舗を有する事

業所、もしくはフリーランスを含む個人事業主を広く対象といたします。

イ　飲食サービス・宿泊業　　　　　　ホ　電気・ガス業

ロ　卸売業・小売業　　　　　　　　　ヘ　理・美容業などのサービス業

ハ　製造業　　　　　　　　　　　　　ト　その他町長が特に認めるもの

ニ　運輸業

（２）申請時点において、当町の町税に滞納が無い者

２．給付金額

・令和２年３月から８月までのうち、前年同月と比較して売上高が１０％以上減

少した月がある場合に支給いたします。

（１）１０％以上２０％未満の減少　　　　　　　　１０万円

（２）２０％以上５０％未満の減少　　　　　　　　３０万円

（３）５０％以上の減少（持続化給付金の対象者）　１０万円

　※ただし、昨年１年間の売上高からの減少分を上限とする。

３．申請書類

（１）申請書（別記様式第１号）

（２）昨年１年間の売上高を証する書類

（３）売上高が減少した月の売上高を証する書類

（４）売上高が減少した月の比較月の売上高を証する書類

（５）振込先口座が確認できる書類

（６）その他町長が必要と認める書類

裏面に続く

４．給付額の算定方法

Ａ：昨年１年間の売上高

Ｂ：減収月の売上高（令和２年３月～８月のいずれか）

　Ｃ：比較月の売上高（原則Ｂの前年同月）

　　　減少率（（Ｃ－Ｂ）÷Ｃ×１００）

　Ｄ：昨年１年間の売上高からの減少分（Ａ―（Ｂ×１２か月分））

算定例（万円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 2019 | 2020 |
| 2019年 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 |
| 50 | 40 | 30 | 50 | 40 | 40 | 50 | 30 | 50 | 30 | 40 | 50 |
| 売上高　５００ |
| 2020年 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 |
| 30 | 40 | 25 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 売上高　○○○ |

　Ａ　＝５００万円（選択月から遡った昨年１年間の売上高）

　　Ｂ　＝　３０万円（令和２年３月～８月のいずれか）

　　　　　　※この算定例の場合は、３月分を選択

　　Ｃ　＝　５０万円（選択月の前年同月）

　減少率＝　４０％　（（５０万円―３０万円）÷５０万円×１００）

　　Ｄ　＝１４０万円（５００万円―（３０万円×１２か月））

減少率が**４０％**のため、給付金の額は **３０万円** となります。

〇お問合せ・申請先

〒073-0292　上砂川町中央北１条５丁目１番７号

上砂川町役場　企画課　地域振興係

Ｔｅｌ：０１２５-６２-２２２３　　Ｆａｘ：０１２５-６２-３７７３