

要件確認シート《表面》

ア. 令和2年9月までに事業を開始した方

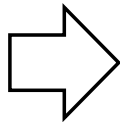
申請者

このシートは、丸森町新型コロナウイルス感染症対策事業継続支援給付金交付対象者となる要件を確認するシートです。ご用意いただいた必要な書類から、該当する欄に金額を転記してください。

【比較基準期間】

令和3年6月～11月の間の事業収入(売上)の状況

6月	円
7月	円
8月	円
9月	円
10月	円
11月	円



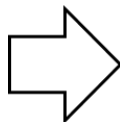
左記のうち連続する 3か月間の合計
____月 ~ ____月
(A)
円

【比較対象期間】

《法人および青色申告の方》

{ 前年・前々年 }の事業収入(売上)の状況(いずれかに○)

6月	円
7月	円
8月	円
9月	円
10月	円
11月	円

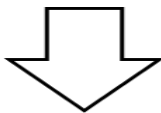


左記のうち連続する 3か月間の合計
____月 ~ ____月
(B)
円

《白色申告の方》

{ 前年・前々年 }の事業収入(売上)の状況(いずれかに○)

合計	円
----	---



月平均額
円

(円未満切り捨て)

× 3 =

月平均額の3倍の額
(B)
円

【売上減少の計算】

(B)	円
-----	---

-

(A)	円
-----	---

=

売上30万円以上減少	円
------------	---

要件確認シート《裏面》

イ. 令和2年10月～令和3年5月までの間に事業を開始した方

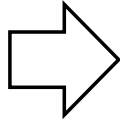
申請者 _____

このシートは、丸森町新型コロナウイルス感染症対策事業継続支援給付金交付対象者となる要件を確認するシートです。ご用意いただいた必要な書類から、該当する欄に金額を転記してください。

【比較基準期間】

令和3年6月～11月の間の事業収入(売上)の状況

6月	円
7月	円
8月	円
9月	円
10月	円
11月	円

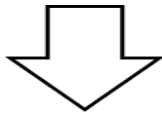


左記のうち連続する 3か月間の合計	
____月 ~ ____月	
(A)	円

【比較対象期間】

令和2年10月～令和3年5月の事業収入(売上)の状況

10月	円
11月	円
12月	円
1月	円
2月	円
3月	円
4月	円
5月	円
合計	円



月平均額
円

(円未満切り捨て)

× 3 =

月平均額の3倍の額
(B)
円

【売上減少の計算】

(B)
円

-

(A)
円

=

売上30万円以上減少
円