様式第２号（第５条関係）

令和　　年　　月　　日

与論町長　　殿

申請者　住所又は所在地

事業所名又は屋号

代表者名　　印

電話番号

与論町観光関連業者支援給付金売上減少申告書

与論町観光関連業者支援給付金の申請について、下記により算出した結果、持続化給付金の交付要件である「対象月の売上が対前年50%以上減少」を満たしていることを申告します。

１　減少率の算定に使用する数値（該当する営業期間を選択し、記入してください。）

（１）2018年以前から営業

比較年月	売上高
令和２年　　月	A　　円
令和元年　　月	B　　円

$$\frac{B\ (\quad)\ 円 - A\ (\quad)\ 円}{B\ (\quad)\ 円} \times 100 = 減少率\ \square$$

（２）2019年1月1日から2019年12月31日に開業

比較年月	売上高
令和２年　　月	A　　円
前年の売上高合計額 ÷前年の事業活動月数	B　　円

$$\frac{B\ (\quad)\ 円 - A\ (\quad)\ 円}{B\ (\quad)\ 円} \times 100 = 減少率\ \square$$

２　添付書類

A、Bの金額の根拠となる売上高等が分かる帳簿等の写し（伝票のみの提出は不可）