

東京都理美容事業者の自主休業に係る給付金申請書兼事前確認書

理美容事業の自主的な休業について、以下のとおり取り組むため、東京都理美容事業者の自主休業に係る給付金を申請します。なお、下記に記載した事項については事実と相違ありません。

令和 2 年 月 日

申請事業者 千

東京都知事 殿

フリガナ
所在地フリガナ
法人名又は
個人事業主名フリガナ
代表者職氏名

記

| | | | | | | |
|---------|---------------|---|------|-----------------|------------|---|
| 申請企業の情報 | 中小企業者であることの確認 | 資本金 (又は出資金) | 万円 | 中小企業基本 法上の業種 | 常時雇用する従業員数 | 人 |
| | 申請者の種別 | <input type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人事業主 | 法人番号 | 住所(※) | 生年 月日 | |

上記内容に修正が生じた場合には、速やかに再提出してください。

※申請企業の情報欄における「住所」は添付の本人確認資料記載の住所としてください。

| | | | | | |
|-------------|------------|----|----|--|--|
| 対象施設の 情報 | フリガナ 名称 | | | | 左記の 他に 所 |
| | フリガナ 住所 | | | | |
| | 電話番号 | | | | ※休業する都内事業所が2か所以上ある場合は、左記以外のその全てを裏面に記載ください。 |
| | 業態等 | 種類 | 施設 | | |
| | 営業内容 | | | | |

| | |
|------|---|
| 取組内容 | <input type="checkbox"/> 4月30日(木)から5月6日(水)まで、全ての期間休業しました。 |
|------|---|

| | | | |
|-----|--------|------|------------|
| 担当者 | 担当者名 | 所属 | フリガナ 氏名 |
| | 担当者連絡先 | 固定電話 | 携帯電話 |

