

営業時間短縮等に係る感染拡大防止協力金(7/12~8/22 実施分)

早期支給分 申請受付要項

<協力金 早期支給の概要>

都では、令和3年7月12日から8月22日までの間、営業時間短縮等の要請に全面的にご協力いただける都内の飲食店等を運営する中小事業者に対して、要請期間後に受け付ける申請(以下「本申請」といいます。)に先立って、協力店舗ごとに「営業時間短縮等に係る感染拡大防止協力金」の一部を早期支給します。

<早期支給額>

一店舗当たり、112万円 ※下限額(4万円)×日数(28日分)

※売上高に応じて算出した総支給額と早期支給分との差額については、本申請における審査ののち、追加支給いたします。

(参考) 支給額の考え方

分類	前年又は前々年の 1日当たりの売上高 (売上高/日)	1店舗当たりの 協力金日額
中小事業者	10万円以下	4万円
	10万円超~25万円未満	4万円~10万円
	25万円以上	10万円
大企業	—	上限20万円(※)

※売上高減少額方式による(中小事業者もこの方式選択可能)

<早期支給の申請受付期間>

令和3年7月19日(月)14時 ~ 令和3年8月6日(金)

<早期支給の申請の方法>

○必要な様式をダウンロード・記入の上、申請フォームから提出してください。

<https://jitan-souki.jp>

※令和3年8月6日(金)23:59までに送信を完了させてください。



○郵送での提出も可能です。

〒107-0052

東京都港区赤坂5-5-6 赤坂スバルビル 1F MBE141

「営業時間短縮等に係る感染拡大防止協力金 (7/12~8/22 実施分)」

早期支給分 申請受付

※令和3年8月6日(金)消印有効です。

※特定記録郵便など追跡可能な郵送方法でお送りください。

※都税事務所での受付は行っておりません。

<早期支給の申請要件>

次の全ての要件を満たす者とします。

1 都内に主たる店舗又は従たる店舗を有し、かつ、大企業及び大企業が実質的に経営に参画(「みなし大企業」※)していない次のいずれかの法人等であること。

(1) 中小企業基本法(昭和38年法律第154号)第2条に規定する中小企業及び個人事業主

(2) 特定非営利活動促進法(平成10年法律第7号)第2条第2項に規定する特定非営利法人であって、常時使用する従業員の数が(1)の中小企業と同規模のもの

(3) 一般社団法人及び一般財団法人に関する法律(平成18年法律第48号)に規定する一般社団法人又は一般財団法人であって、常時使用する従業員の数が(1)の中小企業と同規模のもの

(4) 中小企業信用保険法(昭和25年法律第264号)第2条に規定する中小企業者又は小規模企業者に該当する組合であって、常時使用する従業員の数が(1)の中小企業と同規模のもの

2 東京都からの営業時間短縮等の要請の開始日(令和3年7月12日)より前から、食品衛生法に定める飲食店営業許可等を取得し、都内において飲食店等を営業していること。

3 営業時間短縮等の要請に令和3年7月12日から8月22日まで全面的にご協力いただける中小企業・個人事業主等であること。

(参考) 営業時間短縮及び休業の要請の概要

緊急事態措置期間 (7/12-8/22)	
酒類又はカラオケ設備を提供する飲食店等 (利用者による酒類の店内持込を認めている施設を含む)	休業 (酒類及びカラオケ設備の提供、並びに利用者による酒類の店内持込を取り止める場合を除く)
酒類を提供せず、かつカラオケ設備を使用しない飲食店等(利用者による酒類の店内持込を認めている施設を除く)	夜 20 時から翌朝 5 時までの時間帯に営業を行っていた店舗において、朝 5 時から夜 20 時までの間に営業時間を短縮

4 ガイドラインを遵守の上「感染防止徹底宣言ステッカー」を、申請した対象店舗において要請期間中に顧客が見やすい場所に掲示していること。

5 申請した対象店舗において、コロナ対策リーダーを選任のうえ登録していること。

6 店舗の代表者等であり、申請店舗を運営し、申請店舗について営業時間短縮等を行う権限を有していること。

7 申請事業者の代表者、役員又は使用人その他の従業員若しくは構成員等が東京都暴力団排除条例第2条第2号に規定する暴力団、同条第3号に規定する暴力団員又は同条第4号に規定する暴力団関係者に該当せず、かつ、将来にわたっても該当しないこと。また、上記の暴力団、暴力団員及び暴力団関係者が、申請事業者の経営に事実上参画してないこと。

8 過去に、虚偽の申請を行っていないこと。

9 東京都の営業時間短縮等に係る感染拡大防止協力金の1月8日～2月7日実施分、2月8日～3月7日実施分、3月8日～3月31日実施分、4月1日～4月11日実施分、4月12日～5月11日実施分のいずれかの支給決定通知を有していること。

10 本申請時、支給額の算出において売上高方式を選択すること。(売上高減少額方式を選択する場合は、早期支給の対象にはなりません。)

(※)「みなし大企業」とは、次に掲げる事項に該当する場合をいいます。

- ・大企業が単独で発行済株式総数又は出資総額の1/2以上を所有又は出資していること。
- ・大企業が複数で発行済株式総額又は出資総額の2/3以上を所有又は出資していること。
- ・役員総数の1/2以上を大企業の役員又は職員が兼務していること。
- ・その他大企業が実質的に経営を支配(大企業及びその子会社等が過半数の議決権を保持する場合など)する力を有すると考えられること。

<必要提出書類>

(1)協力金申請書

- ・支払金口座振替依頼書を兼ねています。
- ・原則として、過去に協力金を受給した口座をご指定ください。やむを得ず変更する場合でも、必ず申請者名義の口座としてください。
- ・申請する店舗すべての名称と住所を記載してください。申請額は、記載していただいた店舗数×112万円です。

(2)遵守事項に関する確認書

- ・申請フォームから提出する場合は、確認書全体をスキャナ・写真で取り込み、アップロードしてください。
- ・確認書の最下部にある代表者職・氏名欄は必ず自署でお願いします。

(3)振込先口座・名義人が確認できる書類

- ・通帳の見開き面の写しや、インターネットバンキングの場合はカナ口座名義人、金融機関名・支店名コード、預金種目、口座番号の全てがわかるページの写しをお願いします。

※提出書類に不備があった場合、早期支給できない場合がありますので、ご注意ください。

※その他、申請要件を満たすことが分かる書類については、後日、本申請時に提出いただきます。

<本申請について>

後日、本申請において、必要な書類の提出をしていただきます。また、売上高に応じて算出した総支給額と早期支給分との差額については、本申請における審査のうち、追加支給いたします。

早期支給の対象とならない方(大企業及び売上高減少額方式を選択する中小事業者)や、早期支給の申請を行わない方については、要請期間終了後に申請の受付をさせていただきます。

<その他>

(1)本協力金支給の決定後、申請要件に該当しない事実や不正等が発覚した場合は、東京都は、本協力金の支給決定を取り消します。この場合、申請者は、協力金全額を東京都に返還するとともに、協力金と同額の違約金を払う必要があります。

(2)本協力金支出事務の円滑・確実な実行を図るため、必要に応じて、東京都は、対象店舗の営業時間の取組に係る実施状況に関する検査、報告又は是正のための措置を求めることがあります。

(3)東京都は、申請書類等に記載された情報を税務情報として使用することがあります。

(4)東京都は申請書類等に記載された情報を、国の支給金等の支給要件の該当性等を審査するために必要であるとして国の行政機関等から求めがあった場合、その限度で提供することがあります。

問合せ先：感染拡大防止協力金等コールセンター 0570-0567-92 (受付時間) 9時から 19時まで(土、日、祝日も開設)

営業時間短縮等に係る感染拡大防止協力金申請書【早期支給分】 (令和3年7月12日～8月22日実施分)

東京都知事 殿

東京都からの営業時間短縮等の要請に対し、申請するすべての店舗において全面的に協力するため、営業時間短縮等に係る感染拡大防止協力金の一部について早期支給分を申請します。

なお、要請期間終了後、必要な書類を添えて本申請いたします。

記入日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

1 申請者の情報

法人の方										
所在地	〒							都・道 府・県	区・市 町・村	
フリガナ							代表者職名			
法人名							代表者氏名			
法人番号							※13桁で必ずご記入ください。			

個人事業主の方										
住所	〒							都・道 府・県	区・市 町・村	
フリガナ							生年月日	明治・大正・昭和・平成		
氏名							年	月	日	

日中連絡が取れる方	フリガナ							電話番号			
	氏名										

2 今までの感染拡大防止協力金の申請状況

過去受給した協力金 (○をつけてください)	・1月8日～2月7日実施分 ・2月8日～3月7日実施分 ・3月8日～3月31日実施分 ・4月1日～4月11日実施分 ・4月12日～5月11日実施分	申込番号							
--------------------------	---	------	--	--	--	--	--	--	--

※複数ある場合は直近の申込番号を記載してください

3 申請店舗の名称（都内の店舗に限ります）

1	フリガナ 店舗名称					住所				
2	フリガナ 店舗名称					住所				

※足りない場合は別紙に記載してください

4 早期支給分 申請額

	店舗	×	112万円	=		万円
--	----	---	-------	---	--	----

5 協力金 振込先口座情報

協力金については、下記の口座に口座振替の方法をもって振り込んでください。

振込先金融機関名	金融機関コード	本・支店名	支店コード	預金種目
銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店 支店		普通 当座
口座番号（右詰めで記入）	口座名義人（カタカナ）			

別紙

※申請店舗が3店舗以上の場合は下記に記入してください。足りない場合は、コピーしてご利用ください。

3	フリガナ		住所	
	店舗名称			
4	フリガナ		住所	
	店舗名称			
5	フリガナ		住所	
	店舗名称			
6	フリガナ		住所	
	店舗名称			
7	フリガナ		住所	
	店舗名称			
8	フリガナ		住所	
	店舗名称			
9	フリガナ		住所	
	店舗名称			
10	フリガナ		住所	
	店舗名称			
11	フリガナ		住所	
	店舗名称			
12	フリガナ		住所	
	店舗名称			
13	フリガナ		住所	
	店舗名称			
14	フリガナ		住所	
	店舗名称			
15	フリガナ		住所	
	店舗名称			
16	フリガナ		住所	
	店舗名称			
17	フリガナ		住所	
	店舗名称			
18	フリガナ		住所	
	店舗名称			
19	フリガナ		住所	
	店舗名称			
20	フリガナ		住所	
	店舗名称			
21	フリガナ		住所	
	店舗名称			
22	フリガナ		住所	
	店舗名称			

遵守事項に関する確認書

私は、営業時間短縮等の要請に基づき、「営業時間短縮等に係る感染拡大防止協力金（令和3年7月12日～8月22日実施分）」（以下、「協力金」という。）の早期支給分を申請するに当たり、下記の内容については間違いありません。

記

- 必要な申請要件をすべて満たしています。
- 令和3年7月12日から8月22日の間、酒類提供停止を伴う休業要請又は営業時間短縮要請等を遵守します。
- 「営業時間短縮等に係る感染拡大防止協力金申請書（令和3年7月12日～8月22日実施分）」に記載した事項及び添付書類について、事実と相違ありません。虚偽が判明した場合は、協力金全額の返還等に応じるとともに、協力金と同額の違約金を支払います。
- 早期支給分を受給した場合、必ず要請期間後に受け付ける本申請を行います。その際には必要書類を全て提出します。また、上記要請に応じないなど支給対象外であると判明した場合又は本申請を行わない場合は、早期支給分の協力金の返還に応じます。
- 飲食店等を運営する大企業（みなし大企業を含む。）ではなく、中小企業又は個人事業主であることに相違ありません。
- 東京都から検査・報告・是正のための措置の求めがあった場合は、これに応じます。
- 店舗名（屋号）及び所在する区市町村名の公表に応じます。
- これまでの感染拡大防止協力金の申請書類に記載された情報や「感染防止徹底宣言ステッカー」作成フォームにおける登録情報を本協力金の審査等において利用することに同意します。
- 店舗・利用客双方による感染拡大防止対策の一層の徹底に向けた旗振り役として、店舗ごとに「コロナ対策リーダー」を選任し、利用客に感染防止マナーを促す活動を行います。
- 店舗の営業にあたっては、業種別ガイドラインの以下の項目を遵守しています。
①アクリル板等の設置（座席の間隔の確保） ②手指消毒の徹底 ③食事中以外のマスク着用の推奨
④換気の徹底
- 申請書類等に記載された情報を税務情報として使用することに同意します。
- 飲食店又は喫茶店等の業種に係る営業許可を有しています。
- 私は、店舗の代表者等であり、申請店舗を運営し、営業時間短縮等を行う権限を有しています。また、申請内容に疑義があった場合に、東京都が申請店舗の関係者に対して、当該申請の内容について調査することに同意します。
- 代表者、役員又は使用人その他の従業員若しくは構成員等が東京都暴力団排除条例第2条第2号に規定する暴力団、同条第3号に規定する暴力団員、同条第4号に規定する暴力団関係者に該当せず、かつ将来にわたっても該当しません。また、上記の暴力団、暴力団員及び暴力団関係者が経営に事実上参画していません。
- 申請書類等に記載された情報を、国の支援金等の支給要件の該当性等を審査するために必要であるとして国の行政機関から求めがあった場合、その限度で提供することに同意します。
- 国及び東京都等からの併給禁止の条件がある他の給付金や助成金を併給していません。

以上

令和 年 月 日

東京都知事殿

所在地 _____

法人名 _____

代表者職・氏名 _____

※法人の代表者又は個人事業主が自署してください。