

飲食店向け新型コロナウイルス感染対策助成金 記入例



(様式第1号)

①

令和●年●月●日

記入年月日を記載してください。

福岡県知事 小川 洋 様

福岡県飲食店向け新型コロナウイルス感染対策助成金 交付申請書兼実績報告書

標記の助成金の交付を受けたいので、福岡県飲食店向け新型コロナウイルス感染対策助成金交付要領に基づいて、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

1 申請者

個人事業者の場合	(フリガナ)	(フリガナ)	※個人事業者も添付様式4の提出が必要です
	代表者氏名・姓	代表者氏名・名	
	(フクオカ)	(タロウ)	
	福岡	太郎	
法人の場合	(フリガナ)	(フリガナ)	(フリガナ)
	企業名称	代表者氏名・姓	代表者氏名・名
	(カフシキガイシャケンチョウ)	(ハカタ)	(タロウ)
	株式会社県庁	博多	次郎

個人事業主の方は、こちらに氏名を記入ください。

法人の方は、こちらに企業名称等を記入ください。

※申請者住所・所在地（この住所に郵便物をお送りします）

郵便番号	〒821-8577	住所	福岡市博多区東公園7-7
電話番号	092-651-1111	日中の連絡先	092-651-1112

住所、電話番号を記入ください。

2 感染対策を実施した店舗等情報

○感染対策に要した経費

領収書の合計額	① 58,000円	(税込み)
---------	-----------	-------

※添付様式1-1及び1-2の感染対策に要した経費の合計金額を記入してください。（申請金額以上であること）

対象物品の合計額を記入ください。

郵送料や工事費、家電の延長保証料は対象外です。

○感染対策を実施した（ステッカー提示）店舗

店舗 1	掲示店舗名称	レストラン福岡
	ステッカー申請番号	—
<input checked="" type="checkbox"/> 客席を有する店舗に該当します		※該当する場合は☑を入れてください

店名と「感染防止宣言ステッカー」の番号を記入ください。

ステッカーの番号は、ステッカーの下部の番号です。

該当する場合はチェックしてください。



ステッカー下部の番号も必ず記入してください

【複数店舗ある場合は以下にも記入（不足する場合は別紙に記入）】

店舗 2	揭示店舗名称	
	ステッカー申請番号	-----
	<input type="checkbox"/> 客席を有する店舗に該当します ※該当する場合は☑を入れてください	
店舗 3	揭示店舗名称	
	ステッカー申請番号	-----
	<input type="checkbox"/> 客席を有する店舗に該当します ※該当する場合は☑を入れてください	
店舗 4	揭示店舗名称	
	ステッカー申請番号	-----
	<input type="checkbox"/> 客席を有する店舗に該当します ※該当する場合は☑を入れてください	
店舗 5	揭示店舗名称	
	ステッカー申請番号	-----
	<input type="checkbox"/> 客席を有する店舗に該当します ※該当する場合は☑を入れてください	

複数店舗で申請する場合のみ記入してください。

3 助成金申請額

①の1万円未満切り捨てた額または以下の限度額のいずれか低い方

申請金額 ※	5 万円
--------	-------------

1店舗の場合 ← 5万円まで
複数店舗の場合：10万円まで

申請する金額を記入してください。

※申請金額以上の支出が確認できること

4 振込先

⇒銀行の場合	口座名義(カナ)	フクオカ タロウ		
	金融機関名	支店名	口座番号	
	県庁銀行	県庁内支店	普通 当座	11111111
⇒ゆうちょ銀行の場合	口座名義(カナ)	フクオカ タロウ		
	通帳の記号		通帳の番号(右詰め)	
	11110		-1111111111	

口座名義人と振込先口座番号がわかる通帳の写しを同封してください。
上段：銀行の場合
下段：ゆうちょ銀行の場合

企業名称 レストラン福岡

代表者氏名(個人事業者氏名) 福岡 太郎 印

・法人の場合は企業名と代表者名を記入してください。
・個人事業主の場合は事業主名を記入してください。

押印してください。

感染対策に要した経費

	品 目	数量	金額 (税込み)	備考
1	マスク	20箱	4,000円	
2	フェイスシールド	300+	15,000円	
3	消毒液 (手指用、設備用)	20+	30,000円	
4	非接触型体温計		円	
5	使い捨て手袋		円	
6	ペーパータオル		円	
7	間仕切り (ビニールカーテン含む)		円	
8	サーモグラフィカメラ		円	
9	サーキュレーター		円	
10	空気清浄機 (ウイルス除去効果が認められるものに限る)		円	※型番が分かるもの及びウイルス除去効果がわかる製品カタログ等を添付すること (該当箇所のコピー可)
	合計		① 49,000円	

感染防止対策のために購入した物品を記入してください。

1~10の合計金額を記入してください。

※金額の合計 (太枠) を申請書 (様式第1号) 「感染対策に要した経費」に記入してください。

※別紙「領収書等貼付台紙」に購入時の領収書等の原本を貼付してください。

※複数店舗ある場合は、複数店の合計額で作成してください。

感染対策に要した経費

	品目	数量	金額(税込み)	使用用途
11	その他 (空気清浄機フィルター)	1台	3,000円	使用中の空気清浄の 替えのフィルター
12	その他 (ハンドソープ)	10ヶ	6,000円	トイレに設置
13	その他 ()		円	
14	その他 ()		円	
15	その他 ()		円	
16	その他 ()		円	
17	その他 ()		円	
18	その他 ()		円	
19	その他 ()		円	
20	その他 ()		円	
	合計		① 9,000円	

前頁の1~10
の物品に該当
しないものの
場合は、こちら
に記入してく
ださい。

11~12の合計
金額を記入して
ください。

※添付様式1-1で記載欄が不足する場合記入してください。その際、使用用途を記入してください。

※添付様式1-1及び添付様式1-2の金額の合計(太枠)を申請書(様式第1号)「感染対策に要した経費」に記入してください。

※別紙「領収書等貼付台紙」に購入時の領収書等の原本を貼付してください。

※複数店舗ある場合は、複数店の合計額で作成してください。

③

添付様式1別紙「領収書等貼付台紙」

※適宜コピーして使用してください。

領収書等貼付け

領収書等貼付け

領収書と購入物品
が分かる明細（レ
シート等）を貼っ
てください。

領収書等貼付け

領収書等貼付け

※領収書は重ならないように貼り付けてください。
枚数が多い場合は、適宜貼付台紙をコピーし、
貼り付けてください。



[添付様式2]

④

店舗内の状況（感染対策） [店舗名 レストラン福岡]

店舗名を記入してください。

※店舗内の感染対策が分かる写真 1枚（撮影日がわかるようにしてください）

店内の感染対策が
分かる写真を1枚
貼ってください。

撮影日 ●●年●●月

撮影した月を記入してください。

誓約書

福岡県飲食店向け新型コロナウイルス感染対策助成金の交付申請に当たり、以下の全ての事項について誓約・同意します。

宣誓事項	
1	福岡県飲食店向け新型コロナウイルス感染対策助成金交付要領（以下、「要領」という。）第4条の要件を満たしています。なお、以下の2件の補助金について、交付又は交付の決定を受けていません。 ・福岡県中小企業経営革新実行支援補助金（感染防止対策） ・福岡県宿泊事業者緊急支援補助金
2	過去に福岡県飲食店向け新型コロナウイルス感染対策助成金の交付を受けていません。
3	申請内容に虚偽はありません。虚偽が判明した場合は、助成金の返還に応じます。
4	申請内容に虚偽が判明した場合、申請者の名称、代表者名、助成金の内容等について公表することに同意します。
5	福岡県及び事務局が行う関係書類の提出指導、事情聴取及び立入検査等の調査に応じます。
6	申請に添付した資料等については、原本と相違ありません。
7	感染対策のために購入した物品を、私的使用や転売など他の用途に使用しません。
8	店舗において感染者が発生した場合は、保健所の調査に協力します。
9	福岡県暴力団排除条例第2条に規定する暴力団又は暴力団員に該当せず、かつ将来にわたっても該当しません。また、暴力団員が役員ではなく、暴力団と密接な関係を有しておらず、かつ将来にわたっても該当しません。
10	要領第6条の不支給要件に該当しません。

- (注) ア 暴力団員ではないこと等についての確認は、必要な官公署へ照会を行います。
 イ 申請に対する虚偽や不正が発覚した場合、刑事責任を問われることがあります。
 ウ 本助成金の交付が決定したことで、同様の県の補助金が交付されない可能性があります。

令和●年●月●日

企業名称 レストラン福岡

(自署) 代表者氏名 (個人事業者氏名) 福岡 太郎 印

記入年月日を記載してください。

・法人の場合は企業名と代表者名を記入してください。
 ・個人事業主の場合は事業主名を記入してください。

※代表者名(事業主名)は自署です。手書きで記入してください。

押印してください。

役員等名簿

個人事業者の場合は、事業主を記載してください。

役職名	(フリガナ)		性別	生年月日
	氏	名		
店主	フクオカ	タロウ	男	明・大・昭・平 50年1月1日
	福岡	太郎		
				明・大・昭・平 年 月 日
				明・大・昭・平 年 月 日
				明・大・昭・平 年 月 日
				明・大・昭・平 年 月 日
				明・大・昭・平 年 月 日
				明・大・昭・平 年 月 日
				明・大・昭・平 年 月 日
				明・大・昭・平 年 月 日
				明・大・昭・平 年 月 日

個人事業主の方は、店主の方の氏名を記入してください。

(注)・本様式には、法人登記簿謄本(履歴事項全部証明書)に記載されている役員全員を記載してください。

上記の内容に相違ありません。
また、福岡県の事務事業から暴力団もしくは暴力団と密接な関係を有するものの排除を確認するため、他の行政機関等に上記の情報を提出することに同意します。

令和●年●月●日

記入年月日を記載してください。

企業名称 レストラン福岡

代表者氏名 福岡 太郎 印

・法人の場合は企業名と代表者名を記入してください。
・個人事業主の場合は事業主名を記入してください。

押印してください。