

◎福岡県飲食店向け新型コロナウイルス感染対策助成金提出書類チェックリスト

番号	提出書類	チェック ☑	備考
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 交付申請書兼実績報告書 (様式第1号)	<input type="checkbox"/>	(以下、「申請書」という)
②	対象経費の内容 [添付様式1]	<input type="checkbox"/>	
③	経費が確認出来るもの 【領収書()枚、 レシート()枚】 [添付様式1別紙貼付台紙]	<input type="checkbox"/>	・領収書、レシート(原本) ※費用の詳細が確認出来るもの ※補助対象の内容(物品の名称)が分かるもの ※宛名と申請者氏名が一致しているもの
④	店舗内の感染対策が分かる写真 [添付様式2]	<input type="checkbox"/>	・現像写真を様式へ貼り付けるか、画像を貼り付けて印刷したもの ・店舗内の対策状況が分かるものを1枚 ※現像写真の裏面には記名をすること
⑤	誓約書 [添付様式3]	<input type="checkbox"/>	・全ての項目に宣誓・同意すること
⑥	役員名簿 [添付様式4]	<input type="checkbox"/>	・個人事業者の場合は、事業主について記載
⑦	食品衛生法に基づく営業許可証 (写し)	<input type="checkbox"/>	※申請者名義のもの
⑧	振込先口座が分かる書類 (写し)	<input type="checkbox"/>	・通帳の口座名義、口座番号が分かる部分 ※申請者名義の口座であること
⑨	空気清浄機のカatalog等 ※空気清浄機の助成を受ける者のみ	<input type="checkbox"/>	※型番が分かるもの及びウイルス除去効果が搭載されていることが分かるもの
⑩	申請店舗に右の業態のいずれかに該当する。 ※該当する方は接待を伴う飲食店向けの助成金申請もご検討ください。 コールセンター 0120-110-193	<input type="checkbox"/>	1.風営法第2条第1項に規定する第1号営業の許可を持つ店舗 ※風営法の平成28年改正前の旧2号営業含む 2.風営法第2条第11項に規定する特定遊興飲食店営業を持つ店舗 3.酒類の提供を行うカラオケ店

※提出する書類のチェック欄に☑を記入してください。

令和 年 月 日

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		
	()	()		
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	
	()	()	()	

※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	〒 -	住所	
電話番号	- -	日中の連絡先	- -

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

領収書等の合計額	①	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太枠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)

○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	
	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	掲示店舗名称	
	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	掲示店舗名称	
	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	掲示店舗名称	
	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	掲示店舗名称	
	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	

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 ※	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)													
	金融機関名	支店名	口座番号											
			普通・当座											
⇒ゆうちょ銀行の場合	口座名義(カナ)													
	通帳の記号				通帳の番号(右詰め)									
	1				0	—								

企業名称

代表者氏名（個人事業者氏名）_____ 印

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	円	
2	フェイスシールド	円	
3	消毒液 (手指用、設備用)	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 (該当箇所のみのコピー可)
合計		① 円	

※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 ()		円	
12	その他 ()		円	
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 円	

※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。

※適宜コピーして使用してください。

領収書等貼付け

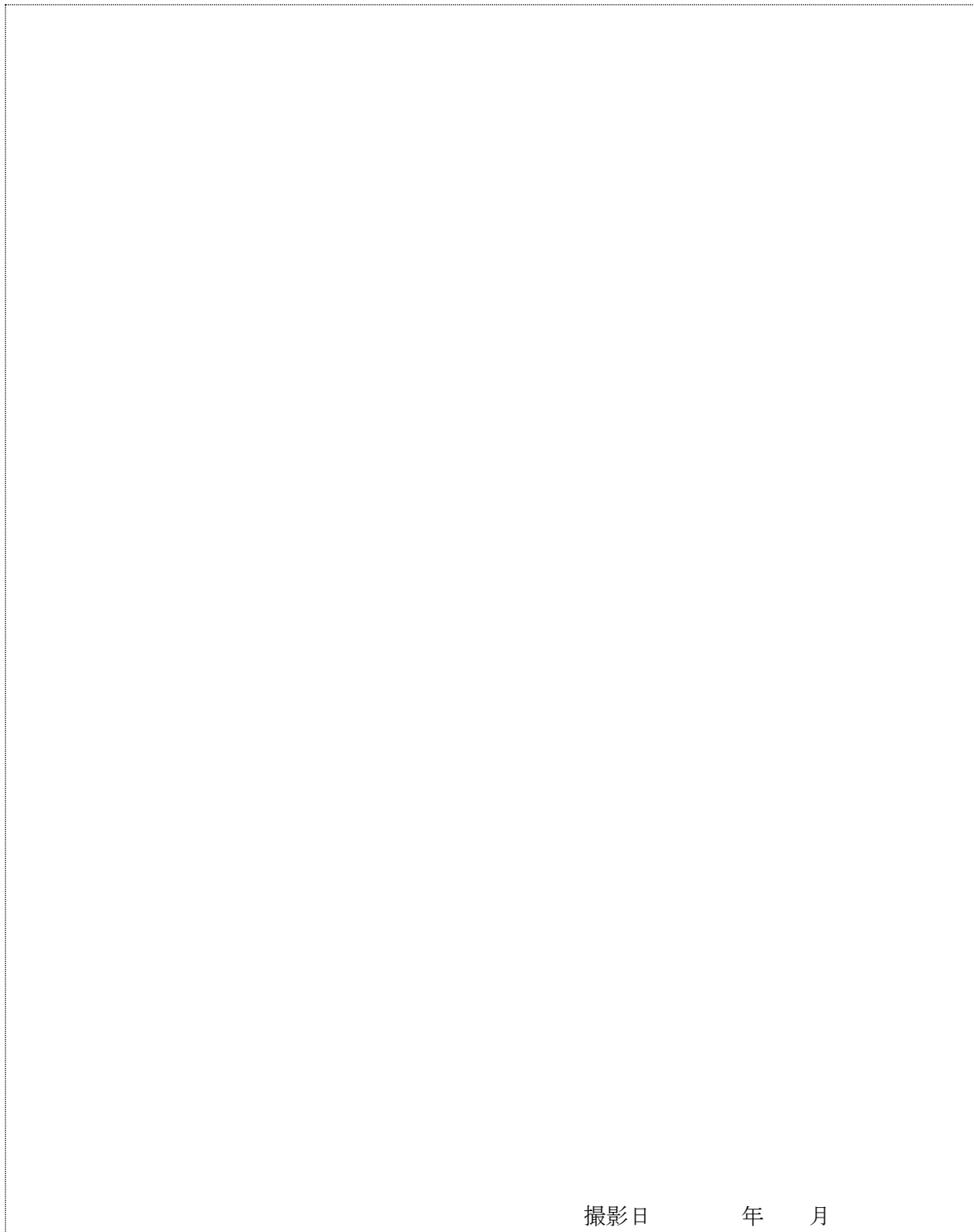
領収書等貼付け

領収書等貼付け

領収書等貼付け

店舗内の状況（感染対策） [店舗名_____]

※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）



撮影日 年 月

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。 <ul style="list-style-type: none"> ・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 _____

(自署) 代表者氏名 (個人事業者氏名) _____ 印

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) 氏 名	性別	生年月日
	()		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
	()		明・大・昭・平 年 月 日
	()		明・大・昭・平 年 月 日

(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

企業名称 _____

代表者氏名 _____ 印