

第2号様式

給付要件調査票

1 対象期間（令和3年4月から9月）の売上高

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	合計（A）
売上高(①)							

2 基準期間（令和2年4月から9月）の売上高と減少率

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	合計（B）
売上高(②)							
減少率 (②-①)/②×100							

※減少率が10%以上の月があること、かつ、50%以上の月がないことが必要です。

3 基準期間（平成31年4月から令和元年9月）の売上高と減少率

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	合計（C）
売上高(③)							
減少率 (③-①)/③×100							

※減少率が10%以上の月があること、かつ、50%以上の月がないことが必要です。

4 対象期間と基準期間の売上高の差額

(1)対象期間の売上高の合計(上記表A)

(2)基準期間の売上高の合計

※上記表B・Cからいずれかを選択

(3)【(2) - (1)】の計算結果

※(3)が「100,000円以上」であれば、給付対象となります。