

様式1（第4条関係・郵送用）

埼玉県感染防止対策協力金申請書(第16期:1月21日～2月13日要請分)

令和 年 月 日

埼玉県知事

埼玉県からの新型インフルエンザ等対策特別措置法第31条の6第1項に基づく営業時間短縮等の要請に応じ、以下のとおり取り組んだため、別紙の書類を添えて埼玉県感染防止対策協力金（第16期）を次のとおり申請します。

1 申請事業者の情報

【個人事業主の方】 ※ 申請者は、営業許可書に記載された名義人としてください。

自宅住所	〒		
電話番号	TEL		
フリガナ			
氏名			
生年月日	(西暦)	年	月 日生

【法人の方】 ※ 申請者は、営業許可書に記載された法人としてください。

所在地	〒		
電話番号	TEL		
法人名			
代表者職名	フリガナ		
	代表者氏名		
代表者生年月日	(西暦)	年	月 日生
大企業・中小企業の別(※1)	大企業 ・ 中小企業		
法人番号(13桁)※2			

※1 中小企業基本法による。飲食店にあつては資本金5,000万円以下または常時雇用する従業員の数が50人以下（飲食店営業許可を受けている宿泊業やカラオケボックスなどの娯楽業は100人以下）のいずれかを満たすものが中小企業と定義されています。

※2 法人番号は、国税庁から指定・通知される13桁の番号を記載してください。



2 営業時間短縮等を行った店舗数

店舗

3 申請金額

万円

※ 「5 営業時間短縮等を行った店舗の情報」の「当該店舗の申請額」(★)の合計額を記載してください。

4 支払口座振替依頼

埼玉県から支払われる「埼玉県感染防止対策協力金(第16期)」は下記の口座に口座振替の方法により振り込んでください。

※ 法人の場合は法人名義の口座、個人事業主の場合は申請者ご本人名義の口座を指定してください。これ以外の口座への口座振替はできません。

金融機関名	銀行 信金・信組 農協		金融機関 コード						
支店名	本店 支店		支店コード						
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	口座番号 (※)						
口座名義 カタカナ	<u>カタカナで記載してください。</u>								

※ 口座番号は右詰めでご記入ください。記載誤りが多いのでご注意ください。

(次ページに続きます)



5 営業時間短縮等を行った店舗の情報（1店舗目）

許可番号	指令_____第_____号 年_____月_____日 (営業許可書の許可番号・許可年月日を記載してください。)
店舗所在地	〒 申請できるのは埼玉県内の店舗に限ります。
店舗名称	
営業の種類	<input type="checkbox"/> 飲食店営業 <input type="checkbox"/> 喫茶店営業 ※ 該当する項目にチェック (✓) を付けてください。
許可の有効期限	_____年_____月_____日まで (営業許可書の「許可の有効期間」の末日を記載してください。)
営業時間短縮等実施期間	期間：令和4年_____月_____日 から 令和4年2月13日まで ※ 営業時間短縮等要請に対する協力開始日を記入してください。 (要請の初日である1月21日以降の日付を記入してください。)
ワクチン・検査パッケージ適用の有無	<input type="checkbox"/> 適用有 <input type="checkbox"/> 適用無 ※ 該当する項目にチェック (✓) を付けてください。
取組内容	<p>※ 該当する項目にチェック (✓) を付けてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 原則として、令和4年1月21日から令和4年2月13日までの全ての期間、営業時間、酒類の提供、人数上限等について以下のとおりとしています。</p> <p>・ワクチン・検査パッケージ制度の適用を受ける店舗</p> <p>①営業時間を午前5時から午後9時までの間に短縮（休業を含む。）しています。</p> <p>②同一グループの利用者全員のワクチン（2回以上）接種歴又は検査結果の陰性を確認できた場合、酒類の提供を午前11時から午後8時半までの間としています。確認できない場合、酒類の提供は行わず（飲酒の機会を設けない）、人数上限を同一グループ、同一テーブルで4人以内（披露宴等については1テーブルで4人以内）としています。</p> <p>③「彩の国『新しい生活様式』安心宣言飲食店+（プラス）」の認証を受け、感染防止対策を遵守し、認証ステッカーを店頭に掲示しています。</p> <p>④ワクチン・検査パッケージ制度について県の登録を受け、登録店ステッカーを店頭に掲示しています。（「彩の国『新しい生活様式』安心宣言飲食店+（プラス）」の認証店で2月13日までに登録申請を行い、登録店ステッカーがない期間はワクチン・検査パッケージ適用店である旨を店頭に掲示しています。）</p> <p>・ワクチン・検査パッケージ制度の適用を受けない店舗、未登録店舗、非認証店舗</p> <p>①営業時間を午前5時から午後8時までの間に短縮（休業を含む。）しています。</p> <p>②酒類の提供をしていません（飲酒の機会を設けない）。</p> <p>③人数上限を同一グループ、同一テーブルで4人以内（披露宴等については、1テーブルで4人以内）としています。</p> <p><input type="checkbox"/> 新型インフルエンザ等対策特別措置法施行令第5条の5に規定される措置を遵守しています。</p> <p><input type="checkbox"/> 「彩の国『新しい生活様式』安心宣言」を遵守し、店頭に掲示しています。</p> <p><input type="checkbox"/> 「埼玉県 LINE コロナお知らせシステム」のQRコードを店頭に掲示しています。</p>
当該店舗の申請額	_____円 (★) (1/21~2/13分 _____円 × _____日間)

※ 売上高に応じた協力金を申請する場合の申請額は、別紙「協力金算定様式」で確認してご記入ください。



5 営業時間短縮等を行った店舗の情報（2店舗目以降）※1店舗のみの場合は提出不要

許可番号	指令 _____ 第 _____ 号 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (営業許可書の許可番号・許可年月日を記載してください。)
店舗所在地	〒 申請できるのは埼玉県内の店舗に限ります。
店舗名称	
営業の種類	<input type="checkbox"/> 飲食店営業 <input type="checkbox"/> 喫茶店営業 ※ 該当する項目にチェック (✓) を付けてください。
許可の有効期限	_____ 年 _____ 月 _____ 日まで (営業許可書の「許可の有効期間」の末日を記載してください。)
営業時間短縮等実施期間	期間：令和4年 _____ 月 _____ 日 から 令和4年2月13日まで ※ 営業時間短縮等要請に対する協力開始日を記入してください。 (要請の初日である1月21日以降の日付を記入してください。)
ワクチン・検査パッケージ適用の有無	<input type="checkbox"/> 適用有 <input type="checkbox"/> 適用無 ※ 該当する項目にチェック (✓) を付けてください。
取組内容	<p>※ 該当する項目にチェック (✓) を付けてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 原則として、令和4年1月21日から令和4年2月13日までの全ての期間、営業時間、酒類の提供、人数上限等について以下のとおりとしています。</p> <p>・ワクチン・検査パッケージ制度の適用を受ける店舗</p> <p>①営業時間を午前5時から午後9時までの間に短縮（休業を含む。）しています。</p> <p>②同一グループの利用者全員のワクチン(2回以上)接種歴又は検査結果の陰性を確認できた場合、酒類の提供を午前11時から午後8時半までの間としています。確認できない場合、酒類の提供は行わず（飲酒の機会を設けない）、人数上限を同一グループ、同一テーブルで4人以内（披露宴等については1テーブルで4人以内）としています。</p> <p>③「彩の国『新しい生活様式』安心宣言飲食店+（プラス）」の認証を受け、感染防止対策を遵守し、認証ステッカーを店頭に掲示しています。</p> <p>④ワクチン・検査パッケージ制度について県の登録を受け、登録店ステッカーを店頭に掲示しています。（「彩の国『新しい生活様式』安心宣言飲食店+（プラス）」の認証店で2月13日までに登録申請を行い、登録店ステッカーがない期間はワクチン・検査パッケージ適用店である旨を店頭に掲示しています。）</p> <p>・ワクチン・検査パッケージ制度の適用を受けない店舗、未登録店舗、非認証店舗</p> <p>①営業時間を午前5時から午後8時までの間に短縮（休業を含む。）しています。</p> <p>②酒類の提供をしていません（飲酒の機会を設けない）。</p> <p>③人数上限を同一グループ、同一テーブルで4人以内（披露宴等については、1テーブルで4人以内）としています。</p> <p><input type="checkbox"/> 新型インフルエンザ等対策特別措置法施行令第5条の5に規定される措置を遵守しています。</p> <p><input type="checkbox"/> 「彩の国『新しい生活様式』安心宣言」を遵守し、店頭に掲示しています。</p> <p><input type="checkbox"/> 「埼玉県 LINE コロナお知らせシステム」のQRコードを店頭に掲示しています。</p>
当該店舗の申請額	_____ 円 (★) (1/21~2/13分 _____ 円 × _____ 日間)

※ 売上高に応じた協力金を申請する場合の申請額は、別紙「協力金算定様式」で確認してご記入ください。



6 誓約事項

私は、埼玉県からの新型インフルエンザ等対策特別措置法第31条の6第1項に基づく営業時間短縮等の要請に応じ「埼玉県感染防止対策協力金（第16期）」の支給を申請するに当たり、下記の内容について誓約します。

氏名 _____

※個人事業主又は法人の代表者が自署してください。記名押印不可。

相違がないことを確認いただき、□にチェック（✓）を入れてください。

記



(チェック)

以下の全ての要件に該当しています。

①原則として、令和4年1月21日から令和4年2月13日までの全ての期間、営業時間、酒類の提供、人数上限等について以下のとおりとしています。

・**ワクチン・検査パッケージ制度の適用を受ける店舗**

(1)営業時間を午前5時から午後9時までの間に短縮（休業を含む。）しています。
(2)同一グループの利用者全員のワクチン（2回以上）接種歴又は検査結果の陰性を確認できた場合、酒類の提供を午前11時から午後8時半までの間としています。確認できない場合、酒類の提供は行わず（飲酒の機会を設けない）、人数上限を同一グループ、同一テーブルで4人以内（披露宴等については1テーブルで4人以内）としています。

(3)「彩の国『新しい生活様式』安心宣言飲食店+（プラス）」の認証を受け、感染防止対策を遵守し、認証ステッカーを店頭に掲示しています。

(4)ワクチン・検査パッケージ制度について県の登録を受け、登録店ステッカーを店頭に掲示しています。（「彩の国『新しい生活様式』安心宣言飲食店+（プラス）」の認証店で2月13日までに登録申請を行い、登録店ステッカーがない期間はワクチン・検査パッケージ適用店である旨を店頭に掲示しています。）

・**ワクチン・検査パッケージ制度の適用を受けない店舗、未登録店舗、非認証店**

(1)営業時間を午前5時から午後8時までの間に短縮（休業を含む。）しています。
(2)酒類の提供をしていません（飲酒の機会を設けない）。
(3)人数上限を同一グループ、同一テーブルで4人以内（披露宴等については、1テーブルで4人以内）としています。

②食品衛生法に基づく飲食店営業許可又は喫茶店営業許可を取得した上で、県内において来客用の飲食スペースを有する飲食店を運営しています。

③「彩の国『新しい生活様式』安心宣言」を遵守し、店頭に掲示しています。

④「埼玉県LINE コロナお知らせシステム」のQRコードを店頭に掲示しています。

⑤事業活動に必要な許認可を受けて営業しています。

⑥令和4年1月21日から令和4年2月13日までの間に営業停止等の行政処分を受けていません。

⑦新型インフルエンザ等対策特別措置法施行令第5条の5に規定される措置を遵守しています。

⑧本協力金を重複して申請していません。

⑨埼玉県から検査・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。

⑩本協力金の支給を受けた店舗名及び所在地の公表（ホームページへの屋号及び所在地の掲載）に応じます。

⑪本協力金の申請書及び提出書類の記載内容や支給又は不支給に関する情報を国及び所在地の自治体に提供することについて同意します。



ST2705

(令和4年1月21日～2月13日営業時間短縮)

<input type="checkbox"/> (チェック)	代表者、役員、従業員又は構成員等が暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第2号に規定する暴力団又は反社会的勢力（以下、「暴力団等」という。）に属しておらず、かつ、暴力団等が経営に事実上参画していません。
<input type="checkbox"/> (チェック)	申請書類に記載した内容は事実と相違ありません。申請内容に虚偽が判明した場合は、協力金の返還等に応じます。 ※ この場合、協力金と同額の違約金の支払いを求められることがあります。

＜ご提出前に以下の書類がそろっているか確認の上、□にチェック（✓）を入れてください。＞

★申請事業者が複数店舗分をまとめて提出する書類

- 埼玉県感染防止対策協力金（第16期）申請書（本様式）
- 本人確認書類のコピー又は写真（*個人事業主のみ。該当するいずれか一つ）
 (例) 運転免許証、パスポート、健康保険証、在留カード、個人番号カード（表面） など
- 「4 支払口座振替依頼」に記載した振込先口座情報が分かる通帳等のコピー又は写真

★店舗ごとに提出する書類（以下の書類は、店舗ごとにそろっているか確認してください）

- 記載済みの協力金算定様式
 ※ 売上高方式で下限額（ワクチン・検査パッケージの適用を受ける店舗は2.5万円/日、適用を受けない店舗、未登録店舗又は非認証店舗は3万円/日）の協力金を申請する場合は不要
- 確定申告書類の写し（協力金算定に使用した年のもの）
 法人：法人税の確定申告書別表一の控え
 法人事業概況説明書の控え
 個人：所得税の確定申告書第一表の控え
 所得税青色申告決算書（2枚） 青色申告の場合に限る
 ※ 確定申告書第一表の控えには收受印が押印（税務署でe-Taxで申告した場合は、受付日時が印字）されていること、自宅からe-Taxで申告した場合は受信通知（メール詳細）の添付が必要
 ※ 第9期以降の協力金を電子申請された方で、既に支給決定を受けたことがあり、同年度の確定申告書を提出いただいている方は添付を省略することができます。
 ※ 売上高方式で下限額の協力金を申請する場合は不要
- 飲食業売上高等が記載された売上帳等の帳簿の写し（協力金算定に使用した年月のもの）
 ※ 事業所が1か所であり、飲食業以外の事業を行っておらず、確定申告書類（法人事業概況説明書や青色申告決算書）のみで、協力金算定に使用した年月の飲食事業の売上高が把握できる場合は不要
 ※ 売上高方式で下限額の協力金を申請する場合は不要
- 店舗の外観全体（社名や店舗名）が分かる写真
 ※ のれんや看板などを写して店舗名が分かるように撮影してください。
- 飲食店営業又は喫茶店営業の許可その他必要な許認可を取得していることが分かる書類のコピー又は写真
 (例) 「飲食店営業許可」又は「喫茶店営業許可」（いずれか必須）
 「風俗営業許可（接待飲食等営業）」（該当する場合のみ） など



※ 転居、結婚等による改姓、相続、法人名変更、法人合併・分割などにより、営業許可書に記載されている住所・氏名・法人名が申請者と異なる場合には、名義が異なる経緯を確認できる書類のコピー又は写真を提出してください。（戸籍謄本、法人設立届、法人の登記事項証明書など）

- 1月21日から2月13日までの営業時間を短縮（休業を含む。）していたことの状況（営業時間短縮又は休業の期間、変更前と変更後の営業時間）が分かるそれぞれの書類のコピー又は写真（店舗名が分かるもの）

（例）営業時間短縮又は休業期間、変更前と変更後の営業時間を確認できるホームページや店頭ポスター、チラシなど、対外的に営業時間短縮等の事実を周知していることが分かる写真など

（ワクチン・検査パッケージ制度の適用を受ける店舗）

午前5時から午後9時までの間に営業時間を短縮していることが分かるもの

（ワクチン・検査パッケージ制度の適用を受けない店舗、未登録店舗、非認証店舗）

午前5時から午後8時までの間に営業時間を短縮していることが分かるもの

- 酒類の提供を行っていない、又はワクチン・検査パッケージ制度の適用を受ける店舗は県の要請の範囲内で酒類の提供を行っていることが分かる書類のコピーもしくは写真

（例）酒類の提供時間等を確認できるホームページや店頭ポスター、チラシなど

※ 酒類の提供時間短縮時の確認書類は「ラストオーダー」ではなく、「提供時間」の短縮が分かる書類を添付してください。

（ワクチン・検査パッケージの適用を受ける店舗）

同一グループの利用者全員のワクチン（2回以上）接種歴又は検査結果の陰性を確認できた場合には酒類の提供を午前11時から午後8時半までとしていることが分かるもの。確認できない場合には、酒類の提供をしていない（飲酒の機会を設けない）ことが分かるもの。

（ワクチン・検査パッケージの適用を受けない店舗、未登録店舗、非認証店舗）

酒類を提供していない（飲酒の機会を設けない）ことが分かるもの。

- 人数上限を県の要請の範囲内としていることが分かる書類のコピー又は写真

（ワクチン・検査パッケージの適用を受ける店舗）

同一グループの利用者全員のワクチン（2回以上）接種歴又は検査結果の陰性を確認できない場合に、人数上限を同一グループ、同一テーブルで4人以内（披露宴等については1テーブルで4人以内）としていることが分かるもの。

（ワクチン・検査パッケージの適用を受けない店舗、未登録店舗、非認証店舗）

人数上限を同一グループ、同一テーブルで4人以内（披露宴等については1テーブルで4人以内）としていることが分かるもの。

- 「彩の国『新しい生活様式』安心宣言」を店頭に掲示している写真

- ワクチン・検査パッケージ登録店ステッカーを店頭に掲示している写真。（※ワクチン・検査パッケージ制度の適用を受ける店舗に限る。）

※ 「彩の国『新しい生活様式』安心宣言飲食店+（プラス）」の認証店で2月13日までに登録申請を行い、登録店ステッカーがない期間が存在する場合には、ワクチン・検査パッケージ適用店である旨を店頭に掲示している写真等を提出してください。

- 「埼玉県LINEコロナお知らせシステム」のQRコードを店頭に掲示している写真



◎ 連絡窓口の担当者を記載してください。

所属	
氏名	
電話番号	

◆申請書送付先
〒332-8799
埼玉県川口市本町2-2-1
川口郵便局局留
埼玉県感染防止対策協力金（第16期）
事務局宛

