

収入等申立書（中小企業者向け）

年 月 日

茨城県知事 殿

茨城県営業時間短縮要請等関連事業者支援一時金申請にあたり、_____年の●●事業による収入の額について、以下に記載のある税理士の確認を受けた上で、以下の通り申し立てます。

記

1. 申請者名等

法人番号														
法人名	法人本店所在地					代表者氏名								

2. 私（申請者）の_____年の事業による売上（収入）金額は以下の通りです（単位：円）

（ 税込 ・ 税抜 ）
※どちらかに○を記載してください。

月	●●事業による売上（収入）金額
1	円
2	円
3	円
4	円
5	円
6	円
7	円
8	円
9	円
10	円
11	円
12	円
合計	円

※12月までの各月の事業による売上を一の位まで記載して下さい。

※売上が存在しない月については「0」と記載して下さい。

私（税理士）は、申請者が提供した情報に基づき、上記2.の内容を確認しました。

(税理士の署名又は記名押印)	(事務所名称)
(事務所住所)	(税理士登録番号)