

筑後市新しい生活様式移行支援事業補助金
事業所情報報告書兼補助対象経費明細書

【申請者】

※事業所ごとに提出してください。

| | | |
|----|-----|---------|
| 法人 | 法人名 | はね丸株式会社 |
| 個人 | 氏名 | |

【事業所情報】

| | | |
|--|--|--|
| 名称 (店舗名) | はね丸ショップ サンコア店 | |
| 所在地 | 筑後市大字 山ノ井 899 番地 | |
| 当該事業所が順守する業種別感染拡大予防ガイドラインの名称 | | |
| (申請する事業所が該当する感染拡大予防ガイドラインを調べて記載してください。) | | |
| 当該事業所で実施している感染拡大防止対策 | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> マスクの着用 | <input checked="" type="checkbox"/> 消毒液の設置 | |
| <input type="checkbox"/> 発熱者の入場制限 | <input checked="" type="checkbox"/> 飛沫防止対策 | |
| <input type="checkbox"/> 持ち帰り・デリバリー実施 | <input checked="" type="checkbox"/> 従業員の健康チェック | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 換気 | <input checked="" type="checkbox"/> キャッシュレス決済 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> (身体的距離の確保) | <input checked="" type="checkbox"/> (清掃・消毒の徹底) | |
| <input checked="" type="checkbox"/> (混雑の緩和) | <input type="checkbox"/> () | |

【当該事業所の補助対象経費の明細】

| 番号 | 支払日 | 品名 | 税抜金額 |
|----|--------|-------------------------|-----------|
| 1 | 4 / 12 | マスク 50枚入 10箱 | 15,000 円 |
| 2 | 5 / 18 | 消毒液 550ml 10個 | 19,000 円 |
| 3 | 5 / 25 | 窓用換気扇 | 6,000 円 |
| 4 | 6 / 1 | 銀イオンプラスマ HEPA フィルタ空気清浄機 | 70,000 円 |
| 5 | / | | 円 |
| 6 | / | | 円 |
| 7 | / | | 円 |
| 8 | / | | 円 |
| 9 | / | | 円 |
| 10 | / | | 円 |
| 11 | / | | 円 |
| 12 | / | | 円 |
| 13 | / | | 円 |
| 14 | / | | 円 |
| 15 | / | | 円 |
| 16 | / | | 円 |
| 17 | / | | 円 |
| 18 | / | | 円 |
| 19 | / | | 円 |
| 20 | / | | 円 |
| 21 | / | | 円 |
| 22 | / | | 円 |
| 23 | / | | 円 |
| 24 | / | | 円 |
| 25 | / | | 円 |
| 計 | | | 110,000 円 |

※購入されたものは、全て写真と領収書を添付してください。

※人件費、手数料(送料)、雇用削減を伴う事業に係る経費は対象になりません。

※業種別の感染拡大予防ガイドラインに基づいたものであることを確認してください。

※税抜き価格を記載してください。