（様式２）

該当要件申告書

下記の給付要件のうち、該当するものにチェックをしてください。

※複数項目に該当する場合でも、チェックは１つで構いません。

※チェックした項目の証明となる資料について、お手元に保管をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| □ | 営業時間短縮等を実施した県内の飲食店等と直接・間接の取引がある |
| □ | 県内における不要不急の外出・移動自粛による直接的な影響を受けた |

※影響があった申請者の事業内容を記載してください（県内に限る）

　　　業　種：

店舗名：

所在地：長崎県東彼杵郡波佐見町　　　　　　郷

連絡先：