

## 売上高減少要件確認書

住 所  
法 人 名  
代 表 者 名  
又 は 氏 名

私は、伴走支援型特別保証制度（以下「本制度」という。）を利用するにあたり、本制度所定の売上高減少要件を満たしていることを宣誓いたします。

<売上高減少要件>

次の(1)又は(2)のいずれかにチェックのうえ、該当していることを確認してください。

(1) 最近1か月間の売上高が前年同月と比較して15%以上減少していること。

次のいずれかの業歴にチェックのうえ、必要事項をご記入ください。

業歴1年1ヶ月以上

	A:最近1か月間の売上高 ※1		B:前年同月の売上高 ※2	
年 月	令和 年 月	令和 年 月	令和 年 月	令和 年 月
売上高	円		円	

最近1か月間の売上高の減少率  $((B-A)/B) \times 100$  減少率  % 【数値基準】  $\geq 15\%$ 以上

業歴3ヶ月以上1年1ヶ月未満

	A:最近1か月間の売上高 ※1		C:最近3か月の月平均売上高 ※3			
年 月	令和 年 月	令和 年 月	令和 年 月	令和 年 月	令和 年 月	
売上高	円		円			

最近1か月間の売上高の減少率  $((C-A)/C) \times 100$  減少率  % 【数値基準】  $\geq 15\%$ 以上

※1「A:最近1か月間の売上高」には、本様式記入日時点から遡ること3か月のうちいずれかの月を最近1か月間とした売上高をご記入ください。

※2「B:前年同月の売上高」には、「A:最近1か月間の売上高」の前年同月の売上高をご記入ください。

※3「C:最近3か月の月平均売上高」は、最近1か月間を含む最近3か月の月平均売上高をご記入ください。

(2) 最近1か月間の売上高が前年同月と比較して5%以上減少し、かつ前年同月の売上高がコロナ前決算の月平均売上高等と比較して15%以上減少していること。

	A:最近1か月間の売上高 ※1		B:前年同月の売上高 ※2		C:コロナ前決算の月平均売上高等 ※3	
年 月	令和 年 月	令和 年 月	令和 年 月	令和 年 月	平成 年 月(期)	令和 年 月(期)
売上高	円		円		円	

最近1か月間の売上高の減少率  $((B-A)/B) \times 100$  減少率  % 【数値基準】  $\geq 5\%$ 以上

前年同月の売上高の減少率  $((C-B)/C) \times 100$  減少率  %  $\geq 15\%$ 以上

※1及び※2は上記(1)と同様。

※3「C:コロナ前決算の月平均売上高等」とは、原則として、平成31年1月期から令和2年1月(決算日が29日迄)期に該当する最新の決算期の月平均売上高をご記入ください(決算書に基づき正確にご記入ください)。

ただし、令和2年1月30日以降、最近1か月間に対応する前年同月以前の間において新型コロナウイルス感染症の影響を受けた場合は、影響を受けた月の前月の売上高としても差し支えありません。

- (注) 1. 売上高は、決算書、試算表、売上台帳等の資料に基づき正確にご記入ください。  
2. 信用保証協会から根拠資料の提出をお願いする場合がありますのであらかじめご了承ください。  
3. 金額は円単位で、小数点以下を切り捨ててご記入ください。  
4. %は小数点第2以下を切り捨て、小数点第1位までご記入ください。

(金融機関使用欄)

申込金融機関として、申込人が本制度所定の売上高減少要件を満たしていることを確認しております。

年 月 日

金融機関本・支店名

代表者名