

売上減少状況等報告書

年 月 日

1 売上高の減少

下記の _____ に該当 (①~⑥のどれに該当するか、数字を御記入ください)
 条件1と条件2の両方を満たす必要があります。

条件1	条件2
① 直近1か月の売上高が前年(前々年)同期比5%以上減少	①から⑥の1か月平均売上高と今後2か月間を含めた3か月間の売上高が前年同期比5%以上減少することが見込まれる中小企業者
② 直近2か月間の売上高が前年(前々年)同期比5%以上減少	
③ 直近3か月間の売上高が前年(前々年)同期比5%以上減少	
④ 直近4か月間の売上高が前年(前々年)同期比5%以上減少	
⑤ 直近5か月間の売上高が前年(前々年)同期比5%以上減少	
⑥ 直近6か月間の売上高が前年(前々年)同期比5%以上減少	

<条件1>

単位：千円

年月 売上高等	令和 年 月	令和 年 月	令和 年 月	令和 年 月	令和 年 月	令和 年 月	令和 年 月	合計
売上高								A
前年(前々年)同月売上高								B
							減少率 $\frac{(B-A)}{B} \times 100$	

<条件2>

単位：千円

年月 売上高等	令和 年 月 (実績:1か月平均)	令和 年 月 (見込み)	令和 年 月 (見込み)	合計
売上高				A
前年(前々年)同月売上高				B
			減少率 $\frac{(B-A)}{B} \times 100$	

原本照合	
申込者(企業)名	
申込窓口名	
担当者名	

* 試算表、売上台帳の写し、決算書又は確定申告書の写し等、売上高の減少が確認できる書類を添付してください。(添付書類が写しの場合には、申込窓口で原本を提示し、照合を受けてください。)