

## 福岡県感染再拡大防止対策期間【3月7日～4月4日】

再拡大を防ぐための  
3つのお願い

- ①マスク・手洗い・三密回避・喚起の徹底
- ②会食は同テーブル4人以内で2時間まで
- ③花見など路上・公園での集団飲食の自粛

福岡コロナ警報発令中!

## 【新型コロナウイルス感染症の影響被害支援策】

### ◆【第15期】福岡県感染拡大防止協力金◆

申請期間：令和4年3月7日（月）～4月6日（水）

対象者：福岡県による要請に応じて下記の要請期間に営業時間短縮、もしくは休業した飲食店。

給付額：1日当たり2万5千円～10万円 ※売上高で計算

営業時間短縮の要請期間：令和4年2月21日（月）0時～3月6日（日）24時まで14日間

要請内容：※感染防止認証店 下記①・②から選択

- ① 営業時間5時～21時とする・酒類提供は11時～オーダーストップ20時30分とする・同一グループ同一テーブルの入店案内は4名以内とする・『感染防止認証マーク（金色）』を店内掲示。
- ② 営業時間5時～20時とする・酒類提供を行わない・同一グループ同一テーブルの入店案内は4名以内、もしくは休業。

※感染防止認証店以外は②のみ。①は選択できません。



### ◆事業復活支援金（国の支援金）◆（朝倉商工会議所は事前確認機関です）

申請締切：令和4年1月31日（月）15時～5月31日（火）

対象者：①新型コロナウイルス感染症の拡大や長期化に伴う需要の減少又は供給の制約により大きな影響を受けている。

②①の影響を受け、対象月の売上が基準期間の同月と比べ50%以上又は30%以上50%未満減少している。

給付額：法人…最大250万円、個人事業主…最大50万円（法人は基準期間を含む事業年度の年間売上高で相違します）

給付額＝（基準期間の売上高）－（対象月の売上高）×5

※申請前に登録確認期間での事前確認が必要です。（但し、過去に一時支援金又は月次支援金を受給している場合は事前確認不要です。）

## 【令和4年『新入社員研修会』中止のお知らせ】

例年4月に新入社員の皆様を対象に『新入社員研修会』を開催しておりますが、コロナ感染症の再拡大防止を鑑み、中止と決定致しました。ご理解とご協力を頂きます様お願い申し上げます。

## ☆電子商品券 あさくらペイ【令和3年度第2弾】のお知らせ☆

販売額：1.5億円（発行額：1.8億円） プレミアム率：20%

販売開始：令和4年3月23日（水）9時～（先着順）※前回のアプリが利用できます。

※紙の振興券に関しましては、3月7日で申込を締め切らせて頂きました。当落通知は3月20日頃にご案内致します。

販売開始は3月25日（金）から。25日（金）から27日（日）の甘木地区販売はイオン甘木2階です。ご注意ください。

以降の販売等については、チラシ・朝倉商工会議所ホームページにてご確認ください。

# 【募 集】

## 第62回 永年勤続従業員表彰

当会議所会員事業所に勤務される従業員が、令和4年4月1日現在で、下記に該当される方は、下記の様式により4月15日までにFAXにて申請願います。(FAX番号: 22-5166)  
負担金は銀行振込にて願います。(振込手数料はご負担下さい。)

記

※本年度も、表彰式を開催致しません。ご了承お願い致します。

振込口座

福岡銀行甘木支店  
普通 No.60914  
朝倉商工会議所  
会頭 大隈 清明

表彰年数	記念品 (JCB 商品券)	事業主負担金額
20年	20,000円	10,000円
30年	30,000円	15,000円
40年	40,000円	20,000円
50年	60,000円	30,000円

※振込は4月1日  
以降に願います。

- 記念品は、事業主負担金額と同額を朝倉商工会議所が負担します。
- 表彰状と記念品 (JCB 商品券) は5月25日以降に当会議所で受取願います。
- 表彰状には事業所名を併記致します。
- 30年以上の方は、日本商工会議所会頭の連署表彰になります。
- 不明な点につきましては、朝倉商工会議所(担当: 飯田)へお尋ね下さい。(Tel: 22-3835)

※ご記入頂いた情報は、商工会議所永年勤続表彰の審査、商工会議所からの連絡のために利用するほか社名・個人名・勤続年数は、表彰者名簿に記載し、配布いたします。

※ご負担戴いた事業主負担金の消費税は不課税取引となります。

※一昨年より表彰対象の勤続年数と記念品を見直すことにより、一層の労働意欲向上を図ることを目的に変更させて頂きました。何卒、ご理解・ご協力をお願い致します。(従前10年以上5年毎⇒20年以上10年毎)

朝倉商工会議所行  
(FAX: 22-5166)

### 永年勤続従業員表彰申込書

令和 年 月 日

被表彰者氏名	就 職 年 月	勤続年数	負担金額
	昭・平 年 月	年	円
	昭・平 年 月	年	円
	昭・平 年 月	年	円
	昭・平 年 月	年	円
	昭・平 年 月	年	円
合 計	名		円

※記入欄が不足している場合は、コピーの上ご使用ください。

申 請 者	所在地	TEL: ( )
	事業所名	FAX: ( )
	担当者名	