様式第１

|  |
| --- |
| 中小企業信用保険法第2条第5項第1号の規定による認定申請書令和　　年　　月　　日ーーー　　　　大　野　町　長　　　　様申請者　　　　　　　　　　　　　　住　所　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　㊞　　私は　　　　　　　　　が、令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　（注1）の申し立てを行ったことにより、下記のとおり同事業者に対する売掛金の回収が困難となったことにより、経営の安定に支障が生じておりますので、中小企業信用保険法第2条第5項第1号の規定に基づき認定されるようにお願いします。記１　　　　　　　　　　に対する売掛金　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円　うち回収困難な額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円２　　　　　　　　　　に対する取引依存度　　　　　　　　　　　　　　　　　　　％(A/B)　Ａ　　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日までの　　　　　　　　に対する　　取引額等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円　Ｂ　上記期間中の全取引額等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |

（注１）　　　　　　　には、「破産」、「再生手続開始」、「更正手続開始」等を入れる。

（注２）上記１，２のいずれかを記載のこと。

（留意事項）

・本認定とは別に、金融機関及び保証協会による金融上の審査があります。

・市町村長又は特別区長から認定を受けた後、本認定の有効期間内に金融機関又は信用保証協会に対して、経営安定関連保証の申込みを行うことが必要です。

第　　　　　号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（注）本認定書の有効期間

令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日から

　　　上記申請のとおり相違ないことを認定します。　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日まで

 　　　　　　大野町長　宇佐美　晃三