

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

茨城町長 小林 宣夫 様

住 所

申請者 氏 名 (会社名)

印

電話番号

私は_____が、令和 年 月 日_____の申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ため、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お願いいたします。

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 _____ 円

茨町商観第 号

令和 年 月 日

申請のとおり、相違ないことを認定します。

茨城町長 小林 宣夫 印

(注) 本認定書の有効期間：令和 年 月 日から令和 年 月 日まで

(留意事項) ①本認定とは別に、金融機関及び信用保証協会による金融上の審査があります。

②町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を行うことが必要です。

様式第1 (記入例)

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 (例)

令和〇〇年〇〇月〇〇日

茨城町長 小林 宣夫 様

住所 茨城町小堤〇〇番地〇
申請者 氏名 (会社名) 株式会社 〇〇商事 印
代表取締役 〇 〇 〇 〇
電話番号 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇
印は法人の方は代表取締役印、個人の方は個人印

私は株式会社〇〇商事が、令和〇〇年〇〇月〇〇日 (注1) 再生手続開始の申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ため、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お願いいたします。

記

(注2)

1. 株式会社〇〇商事 に対する売掛金	5,000,000 円
うち回収困難な額	5,000,000 円
2. 株式会社〇〇商事 に対する取引依存度	50% (A/B)
A: 〇〇年〇〇月〇〇日から〇〇年〇〇月〇〇日までの株式会社〇〇商事 に対する取引額等	25,000,000 円
B: 上記期間中の全取引額	50,000,000 円

(注1) 「破産」、「再生手続」、「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) ①本認定とは別に、金融機関および信用保証協会による金融上の審査があります。

②町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を行うことが必要です。

茨町商観第 号

令和 年 月 日

申請のとおり、相違ないことを認定します。

茨城町長 小林 宣夫 印

(注) 本認定書の有効期間：令和 年 月 日から令和 年 月 日まで