

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

平成 年 月 日

市町村長

申請者 住 所
氏名（会社名） 印
電話番号（ ） -

私は 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 円
対する取引額等 円
B 上記期間中の全取引額等 円

第 号
平成 年 月 日

申請のとおり相違ないことを認定します。
(注)本認定書の有効期間:平成 年 月 日から平成 年 月 日まで

認定者 市町村長

(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 市町村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。