

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

大郷町長 田 中 学 殿

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×100)

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

大郷農第 号

令和 年 月 日

申請のとおり相違ないことを認定します。

(注) 本認定書の有効期間：令和 年 月 日から令和 年 月 日まで

認定者 大郷町長 田 中 学

(留意事項)

- ・ 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。
- ・ 市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。