



捨印（訂正が可能になります）

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 大郷町粕川字西長崎5番地の8

申請者

氏名（会社名） 株式会社 大郷商事 印

代表取締役 大郷太郎

電話番号 （ 022 ） 359 - 5503

印は法人の方は代表取締役、個人の方は個人印

私は 株式会社 A商事 が令和○○年○○月○○日 民事再生手続開始 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

1	株式会社 A商事	に対する売掛金	<u>5,000,000円</u>
	うち回収困難な額		<u>5,000,000円</u>
2	株式会社 A商事	に対する取引依存度	<u>50</u> % (A/B×100)
	A○○年○○月○○日から○○年○○月○○日までの	株式会社 A商事 に	
	対する取引額等		<u>25,000,000円</u>
	B 上記期間中の全取引額等		<u>50,000,000円</u>

※ 1または2のいずれかを記入してください。

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。