

捨印

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

年 月 日

大 和 市 長 あて

申 請 者 所 在 地

事業所名

代表者名

印

電話番号

私は_____が、年 月 日_____（注1）の申立てを行つたことにより、下記のとおり同事業者に対する売掛金等の回収が困難となつたため、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します。

記

- 1 _____に対する売掛金等 _____ 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 _____（注1）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」、「更生手続開始」等を入れる。

（注2） 上記1、2のいずれかを記載のこと。

第 号

上記のとおり、相違ないことを認定します。

年 月 日

大 和 市 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認定を受けた日から30日以内に金融機関又は信用保証協会に対し保証の申込を行う必要があります。

(20260714)