



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

年 月 日

(あて先) 昭島市長

住 所

申請者

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 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

第 号  
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: 年 月 日から 年 月 日まで

認定者 昭島市長 臼 井 伸 介

(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。