

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

(宛先) 昭島市長

申請者 住 所

氏 名 (名称及び代表者の氏名)

電話番号 () —

私は _____ が、 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (注 1) 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等の回収が困難とな
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 _____ に
対する取引額等 _____ 円
- B 上記期間中の全取引額等 _____ 円

昭市産第 _____ 号
令和 年 月 日

申請のとおり相違ないことを認定します。

昭島市長 臼 井 伸 介

※本認定書の有効期間：令和 年 _____ 月 _____ 日から令和 年 _____ 月 _____ 日まで

(注 1) 「破産」、「再生手続開始」又は「更生手続開始」等を記入してください。

(注 2) 1、2 のいずれかを記入してください。

(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市長の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て、保証の申
込みを行うことが必要です。