



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

〇〇年 〇〇月 〇〇日

（あて先）昭島市長

住 所 昭島市田中町 1 - 1 7 - 1

申請者

氏名（会社名） 昭島 太郎 印

電話番号 （ 〇〇〇 ） 〇〇〇 - 〇〇〇

私は（指定事業者名）が、〇〇年 〇〇月 〇〇日 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します。

記

1 （指定事業者名）に対する売掛金 〇〇〇〇 円
うち回収困難な額 〇〇〇〇 円

2 （指定事業者名）に対する取引依存度 〇〇 % (A/B×100)
A 〇年 〇月 〇日から 〇年 〇月 〇日までの（指定事業者名）に
対する取引額等 〇〇〇〇 円
B 上記期間中の全取引額等 〇〇〇〇 円

※ 1 または 2 のいずれかを記入してください。

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。