

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

伊 丹 市 長 様

所 在 地 _____
企 業 名 _____
代表者名 _____ 印
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こ
とにより、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

※（注 1 _____）には、「破産」、「再生手続開始」、「更正手続開始」等を入れる。

※上記 1、2 のいずれかを記載のこと。

（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市町村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。

認 定 書

番 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

伊丹市長