様式　４

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

大分県中小企業経営改善資金特別融資要綱に基づく特定中小企業者認定書

年　　月　　日

　　市町村長　　　　　　　　　　殿

 申 請 者

 住　　所

 氏　　名（名称及び代表者の氏名）

 印

　私は　　　　　 が、　　　　年　　月　　日　　　　　　　の申立を行ったことにより、下記

のとおり同事業所に対する売掛金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

 　 中小企業信用保険法第２条第５項第１号

ので、　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　に規定する特定中小企業者とし

大分県中小企業経営改善資金特別融資要綱第２条第４号

て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 　　　　　　　　　　円

　Ｂ　上記期間中の全取引額等 　　　　　　　　　　円

番　　　　　号

年　　月　　日

　申請のとおり相違ないことを認定します。

 市町村長 印

　【注】１　上記１、２のいずれかを記入してください。

 　 ２ 上記には、再生手続開始申立等した企業名を、には、「破産」、「再生手続開始」、

　　　　　「更正手続開始」等を記入してください。