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

様式第1　（第1号 連鎖倒産防止）

　　年　　月　　日

習志野市長　殿

（申請者）

住　所

氏　名　　　 　　　　　　　　　　印

（名称及び代表者の氏名）

私は　　　　　　　　　　　　（取引事業者の名称）が、　　　　　年　　月　　日に　（ 破産手続 ・ 再生手続 ・ 更生手続 ・ 特別清算 ）開始 ・ その他（　　　　　　　　　）　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または２のいずれかを記載

１　当該事業者に対する売掛金　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

うち、回収困難な額　　　　　　　　　　　　　円

２　当該事業者に対する取引依存度　　　　　　　Ａ／Ｂ　　　　　　　　　　　　　％

Ａ　　　　　　年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日までの

当該事業者に対する取引額等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

Ｂ　上記期間中の全取引額等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

以上

　　　　　　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

認定者名　　習志野市長