

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)

私は、⑦ 株式会社ニューメディカルフーズが、令和8年1月30日、①破産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ので、

〔 中小企業信用保険法第2条第5項第1号
　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 〕 に規定する特定中小企業者として認定されるようお願いします。

記

1 ⑦株式会社ニューメディカルフーズに対する売掛金等	円
うち回収困難な額	円
2 ⑦株式会社ニューメディカルフーズに対する取引依存度	% (A／B)
A 年 月 日から 年 月 日までの ⑦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⑦には、再生手続開始申立等した企業名を、①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。