

(様式 10-5)

経営安定化特別資金（倒産防止対応）確認申請書

年 月 日

福岡市長

住所又は所在地
屋号又は企業名
氏名又は代表者名

私は、 _____ が、 年 月 日 _____ の
(注1)

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、認定されるようお願いいたします。

記

_____ に対する _____ 円

うち回収困難な額 _____ 円

〔	相手側所在地・住所	_____	〕
	相手側企業名・屋号	_____	
	相手側代表者・氏名	_____	

※（注1）には、「破産」、「再生手続開始」、「更生手続開始」等を記入する。

上記の者は、福岡市商工金融資金制度要綱第25条に該当することを確認します。

経支（融）第 _____ 号
年 月 日

福岡市長

(注) 本確認書の有効期間：確認日から起算して30日間（ _____ 年 月 日まで）