令和　　年　　月　　日

福井県知事　　　　　　様

認定経営革新等支援機関

住　　所

名　　称

代表者名　　　　　　　　　印

上記の代表者名欄に記入する氏名は，本書を確認する認定経営革新等支援機関の内部規定等により判断してください。

担当者　部署名

氏　名

連絡先

令和　年度福井県なりわい再建支援補助金に係る

定額補助要件の確認書

令和　　年度福井県なりわい再建支援補助金における定額補助について、下記１の者が事業を実施するに当たり、下記２のとおり事業計画の確認（又は見直し及び策定支援）を行ったことを確認します。

なお、下記１の者に対して事業計画が適切に進捗するよう継続的なフォローアップを行います。

記

１　申請者

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名・企業名 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |

２　確認事項（イ及びロのいずれも必須です。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | 確認内容 |
| イ | 復旧・復興に向けて、自己資金の活用が厳しい経営環境であるものの、長期的には十分に採算性が見込まれること。 | ※申請者が策定した企業再建計画の内容を踏まえつつ、復旧・復興に係る事業計画が、経営環境等を改善し、長期的には採算性が見込まれることを確認し、その内容が妥当であると判断される理由をご記入ください。 |
| ロ | 経営環境等を見据えた適正な規模での復旧等であること。 | ※事業計画が経営環境等を見据えた適正な規模での復旧等であることを確認し、その内容が妥当であると判断される理由をご記入ください。 |

* + 別途、上記内容を補完できる資料があれば、添付いただくことは可能です。
  + 事業計画のフォローアップについては、必要に応じて福井県の担当部局から進捗状況等について問合せを行うことがあります。
  + 定額補助の実施は、本確認書により約束されるものではなく、福井県による  
    審査により総合的に判断されます。