２．補助事業内容（事業承継支援事業）

|  |
| --- |
| 事業承継の対象となる会社 |
| （ | 名称等 |
| 法人名又は屋号 |  |
| 代表者名 |  |
| 住所 |  |
| 事業形態 | □個人事業主　　□法人 |
| 事業内容 |  |
| 経営状況（直近２期分の実績を記載してください。） |
|  | 年　　月～　　年　　月期 | 年　　月～　　年　　月期 |
| 売上高 | 千円 | 千円 |
| 経常利益 | 千円 | 千円 |
| 資本合計 | 千円 | 千円 |
| 借入金 | 千円 | 千円 |
| 従業員数（）はうちパート等 | 人（　　　　　　　　人） | 人（　　　　　　　　人） |
| 後継者候補の有無 | □有り　□無し（本補助事業を利用して候補者を選定する。）※□内にチェックしてください。 |
| 後継者候補（選定する候補者の選定条件含む） |
|  | 候補者名 | 氏名 |
| 生年月日（年齢）　　　年　　月　　日　生　（　　　）歳 |
| 住所（決定済の場合のみ記入） |
| 先代経営者との関係 | □子ども　□配偶者　□兄弟姉妹　□その他親族（　　　　　　）□従業員（親族外）　□その他第三者（　　　　　　　　）※□内にチェックしてください。 |
| 事業経験 | □あり（経験内容：　　　　　　　　　　　　　）　　□なし※□内にチェックしてください。 |
| 就任経緯 | □自社の従業員を経て就任（他社勤務経験あり）□自社の従業員を経て就任（他社勤務経験なし）□他社勤務（経営者含む）後、自社の従業員を経ないで代表者就任□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）※□内にチェックしてください。 |
| 後継者候補が無しの場合、経営相談の有無 | □受けた（相談先：　　　　　　　　　　　　　　　　　）□受けていない※□内にチェックしてください。 |
| 承継予定日 | 　　年　　月　　日 |
| 事業実施スケジュール |
| 実施項目 | 補助事業期間 |
| 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 添付書類 | □収支予算書□見積書等金額の内訳がわかる資料□登記事項証明書（履歴事項証明書）※法人の場合のみ□市内に事業所があることがわかる資料（確定申告書の写し等）※個人事業主の場合のみ□直近の大洲市税の納税証明書□承継しようとする事業所の概要がわかる資料（会社パンフレット、ホームページの写し等）□過去２年間の決算書□誓約書 |