

別紙

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	<input type="checkbox"/> 個人事業主 <input type="checkbox"/> 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	人	人
（）はうちパート等	（ 人）	（ 人）
後継者候補の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し（本補助事業を利用して候補者を選定する。） ※ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他親族（ ） <input type="checkbox"/> 従業員（親族外） <input type="checkbox"/> その他第三者（ ） ※ <input type="checkbox"/> 内にチェックしてください。	
事業経験	<input type="checkbox"/> あり（経験内容： ） <input type="checkbox"/> なし ※ <input type="checkbox"/> 内にチェックしてください。	
就任経緯	<input type="checkbox"/> 自社の従業員を経て就任（他社勤務経験あり） <input type="checkbox"/> 自社の従業員を経て就任（他社勤務経験なし） <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他（ ） ※ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 受けた（相談先： ） <input type="checkbox"/> 受けていない ※ <input type="checkbox"/> 内にチェックしてください。	

別紙

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	<input type="checkbox"/> 収支予算書 <input type="checkbox"/> 見積書等金額の内訳がわかる資料 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書（履歴事項証明書）※法人の場合のみ <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 直近の大洲市税の納税証明書 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 過去2年間の決算書 <input type="checkbox"/> 誓約書											