

認定市区町村又は認定連携創業支援事業者が記入

(特定創業支援事業の証明書が発行されていない場合、また、補助事業期間中に特定支援事業を受ける見込みがある場合、本確認書の添付により平成29年度創業・事業承継補助金に申請可能となります。)

平成 年 月 日

創業・事業承継補助金事務局
事務局長 殿

市区町村又は事業者名：

住 所：

電話番号：

代表者又は責任者名：

印

〔 上記の代表者又は責任者名欄に記入する氏名は、本書を確認する
認定連携創業支援事業者の内部規程等により判断してください。 〕

担 当 者 氏 名：

所 属 部 署：

連絡先（電話）：

平成29年度創業・事業承継補助金に係る
認定市区町村又は認定連携創業支援事業者による特定創業支援事業に係る確認書

平成29年度創業・事業承継補助金に対する応募を下記1.の者が行うに当たり、下記2.及び下記3.のとおり産業競争力強化法第2条25項に規定する特定創業支援事業を行った（又は行う予定である）こと及び継続的な支援を行うことについて確認します。

記

1. 応募者

氏名／企業名	印
住所・電話番号	

2. 特定創業支援事業（複数の支援を受ける場合は、該当するものを3つまで御記載下さい。）

- 1) (別表 ー) (支援事業名：)
- 2) (別表 ー) (支援事業名：)
- 3) (別表 ー) (支援事業名：)

※別途、支援内容が確認できる資料があれば、添付いただくことは可能です。

3. 「2.」の具体的な支援内容と支援時期（※支援を受ける予定の方は補助事業期間中に支援を受ける必要があります。）を記載ください。

- 1) (支援内容)
(支援時期) 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日
- 2) (支援内容)
(支援時期) 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日
- 3) (支援内容)
(支援時期) 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日