様式第１号－１【開業支援資金】（令和６年４月１日版）

　　　年　　　月　　　日

福井県知事、取扱金融機関の長　　様

福井県中小企業者向け制度融資申込書

【開業支援資金】

※県の受付印は、開業支援資金（無担保）

を利用する場合に必要です。

【融資申込企業】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 本店所在地※個人の場合は住民票の住所 | TEL（　　　）　　　－　 | 資本金 | 千円　　　　 |
| （フリガナ）商号・名称 |  　 | 業　　種 |  |
| （フリガナ）代表者氏名 |  | 主要製造・販売取　扱　品　等 |  |
| 生年月日：　　　　　年　　月　　日（満　　歳） | 役員数（代表者含む） | 人 |
| 開業届出（個人）設立登記（法人） |  　　　年　　　月　　　日 | 従業員数 | 常時　　　　人（うち家族　　 人）臨時　　　　人（パート含む） |
| 【融資申込内容】 |
| 借入希望額 | 設備資金　　　　　　　　　　 　　　円 | 資 金 使 途（必要な資金の内　容、調達先、調達方法、金額等を具体的に記入してください） |  |
| 運転資金　　　　　　　　　　　　　 円 |
| 合　計　 　 　　　　　　　　　円 |
| 借入期間 | 　　　　　年（うち　　　月据置き） |
| 借入希望日 | 　　　　月　　　　日 |
| 信用保証 | 有　　・　　無 |
| 今年度の当該資金利用状況 | 融資実行日 | 融資実行額 |
| 月　　日 | 千円 | 事業所所在地(※) |  |
| 月　　日 | 千円 | 取扱金融機関 | 本・支店 |

（※）①資金使途が特定の事業所に係る資金の場合、②個人において住民票の住所と事業所所在地が異なる場合、その事業所の

所在地を記入して下さい。

〔同意事項〕

　この融資申込に当たり、制度の円滑な運営のために必要となる申込人（個人・法人・組合）の情報に関し、県と取扱金融機関、商工会議所・商工会、公益財団法人ふくい産業支援センター、福井県信用保証協会間での提供および授受行為について、予め同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　申込（同意）者　　本店所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号・名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

様式第１号－２【開業支援資金（無担保）〔創業関連保証分〕】

|  |
| --- |
| 　融資申込企業名 |
|  |

【制度要件確認書】

|  |
| --- |
| 商工会議所・商工会記載欄 |
| * 申込書に県の受付印が押印されている
* 制度の創業者の要件に該当する
* 県税および消費税に滞納がない（申込みの前２か月以内に発行された納税証明書により確認）
* 許認可の必要な事業については、許認可がある（取得見込みがある）
* 必要書類に添付漏れがない

　　　　・融資申込書［様式第１号－１、２］　　　　・県税の納税証明書および消費税の納税証明書　　　　・創業計画書（保証協会所定の様式による）　　　　　（添付書類）・法人の場合は登記事項証明書および代表者の住民票・経歴書個人の場合は住民票・経歴書・営業許可等を要する業種にあっては許可書または許可申請書の写し・事業の着手状況が確認できる書類等・資金需要を証する書類を添付（設備資金の場合に限る。）　　　　・既に開業している場合、直近の試算表　　　　・その他県、取扱金融機関、保証協会が必要と認める書類　事業計画の妥当性についての所見　　融資申込者は、福井県中小企業者向け制度融資要綱（共通）および開業支援資金要綱の融資対象者に該当し、適当なものと認めます。　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　関係支援機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　団体の長　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名 |

|  |
| --- |
| 取扱金融機関記載欄 |
| 　□　資金使途が見積等で明確である　□ 創業計画が適当である代表者について（下記のいずれかに記載をお願いします）　Ｕターン（都道府県名：　　　　　）・Ｉターン（都道府県名：　　　　　）・県内在住者　金融機関所見（今後の取組方針等）　　融資申込者は、福井県中小企業者向け制度融資要綱（共通）および開業支援資金要綱の融資対象者に該当し、適当なものと認めます。　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　金融機関名　　　 本・支店営業店長 　　　　 ㊞担当者名 |

様式第１号－２【開業支援資金（無担保）〔スタートアップ創出促進保

証分〕】

|  |
| --- |
| 　融資申込企業名 |
|  |

【制度要件確認書】

|  |
| --- |
| 商工会議所・商工会記載欄 |
| * 申込書に県の受付印が押印されている
* 制度の創業者の要件に該当する
* （ⅰ、またはⅱであって税務申告１期未終了者の場合）

創業資金総額の１０分の１以上の自己資金を有している* （据置期間を１年越え３年以内とする場合）

申込金融機関において本保証付融資と原則同時にプロパー融資を実行する、または保証申込み時においてプロパー融資の残高がある　* 県税および消費税に滞納がない（申込みの前２か月以内に発行された納税証明書により確認）
* 許認可の必要な事業については、許認可がある（取得見込みがある）
* 必要書類に添付漏れがない

　　　　・融資申込書［様式第１号－１、２］　　　　・県税の納税証明書および消費税の納税証明書　　　　・創業計画書（保証協会所定の様式による）　　　　　（添付書類）・法人の場合は登記事項証明書および代表者の住民票・経歴書個人の場合は住民票・経歴書・営業許可等を要する業種にあっては許可書または許可申請書の写し・事業の着手状況が確認できる書類等・資金需要を証する書類を添付（設備資金の場合に限る。）・（据置期間を１年越え３年以内とする場合）申込金融機関において本保証付融資と原則同時にプロパー融資を実行する、または保証申込み時においてプロパー融資の残高があることを示す確認書類（信用保証委託申込書および信用保証依頼書等により確認）・既に開業している場合、直近の試算表　　　　・その他県、取扱金融機関、保証協会が必要と認める書類　事業計画の妥当性についての所見　　融資申込者は、福井県中小企業者向け制度融資要綱（共通）および開業支援資金要綱の融資対象者に該当し、適当なものと認めます。　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　関係支援機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　団体の長　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名 |

|  |
| --- |
| 取扱金融機関記載欄 |
| 　□　資金使途が見積等で明確である　□ 創業計画が適当である代表者について（下記のいずれかに記載をお願いします）　Ｕターン（都道府県名：　　　　　）・Ｉターン（都道府県名：　　　　　）・県内在住者　金融機関所見（今後の取組方針等）　　融資申込者は、福井県中小企業者向け制度融資要綱（共通）および開業支援資金要綱の融資対象者に該当し、適当なものと認めます。　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　金融機関名　　　 本・支店営業店長 　　　　 ㊞担当者名 |

様式第１号－２【開業支援資金（有担保）】

|  |
| --- |
| 　融資申込企業名 |
|  |

【制度要件確認書】

|  |
| --- |
| 商工会議所・商工会記載欄 |
| 　□ 制度の創業者の要件に該当する* 県税および消費税に滞納がない（申込みの前２か月以内に発行された納税証明書により確認）

　□ 許認可の必要な事業については、許認可がある（取得見込みがある）* 事業資金総額の３分の１以上の自己資金を有している
* 必要書類に添付漏れがない

　　　　・融資申込書［様式第１号－１、２］　　　　・県税の納税証明書および消費税の納税証明書　　　　・創業計画書（保証協会所定の様式による）　　　　　（添付書類）・法人の場合は登記事項証明書および代表者の住民票、個人の場合は住民票（法人の代表者および個人の経歴も添付）・営業許可等を要する業種にあっては許可書または許可申請書の写し・事業の着手状況が確認できる書類等・自己資金、借入金等を確認できる書類を添付・資金需要を証する書類を添付（設備資金の場合に限る。）・様式第２号、３号、４号・既に開業している場合、直近の試算表　　　　・その他県、取扱金融機関、保証協会が必要と認める書類　　事業計画の妥当性についての所見　　融資申込者は、福井県中小企業者向け制度融資要綱（共通）および開業支援資金要綱の融資対象者に該当し、適当なものと認めます。　　　　　　年　　　月　　　日関係支援機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　団体の長　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名 |

|  |
| --- |
| 取扱金融機関記載欄 |
| 　□　資金使途が見積等で明確である　□ 創業計画が適当である代表者について（下記のいずれかに記載をお願いします）　Ｕターン（都道府県名：　　　　　）・Ｉターン（都道府県名：　　　　　）・県内在住者　金融機関所見（今後の取組方針等）　　融資申込者は、福井県中小企業者向け制度融資要綱（共通）および開業支援資金要綱の融資対象者に該当し、適当なものと認めます。　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　金融機関名　　　 本・支店 　 　営業店長 　　　　 ㊞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名 |