応募申込書

「令和７年度　福岡県事業承継実現（経営改善事業）補助金公募要領」を承諾のうえ、補助金に応募します。

　　　　年　　　月　　　日

福 岡 県 知 事　殿

【応募申込者】

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 | 〒 |
| 企業名 |  |
| 代表者役職名 |  |
| 代表者名 | （記名押印または署名） |

【担当者】

|  |  |
| --- | --- |
| 部署名 |  |
| 役職名 |  |
| 氏名 | （ふりがな） |
|  |
| ＴＥＬ |  |
| ＦＡＸ |  |
| E-mail |  |

【関与支援機関】

|  |
| --- |
|  |

【企業情報】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 主たる事業内容 | |  |
| 資本金の額又は出資の総額 | | 円 |
| 常時使用する従業員の数 | | 申込時  (a)+(b)+(c)-(d)  人 |
|  | 厚生年金保険の被保険者の数 | (a)  人 |
| 厚生年金保険の被保険者ではなく健康保険の被保険者である従業員の数 | (b)  人 |
| 厚生年金保険・健康保険のいずれの被保険者でもない従業員の数 | (c)  人 |
| 役員（使用人兼務役員を除く。）の数 | (d)  人 |
| 経営革新計画または経営力向上計画の認定 | | あり　　　・　　　なし |
| 福岡県事業承継支援ネットワーク専門家派遣の実施または後継者塾の受講履歴 | | あり　　　・　　　なし |
| 事業承継実施予定時期 | |  |

【加点項目】

|  |  |
| --- | --- |
| パートナーシップ構築宣言の実施 | あり　　　・　　　なし |
| 宣言日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |

【事業計画】

|  |  |
| --- | --- |
| 自社の製品・サービスや自社の強み |  |
| 自社の製品・サービスの需要動向 |  |
| 経営方針 |  |
| 経営目標 |  |
| 今後の行動計画 |  |

※【事業計画】欄は既存の事業計画等を提出する場合は、記載不要です。