

第2号様式（第5条関係）

補 助 事 業 計 画 書

会社名			
所在地			
代表者	役職	氏名	年齢
連絡先	担当者	役職	氏名
	電話番号		
	F A X		
	メールアドレス		
資 本 金・出 資 金	資本金	千円	
従業員数	従業員	人	
事業概要			
補助事業の区分 ※①と②の両方にチェックを入れることはできません。	① <input type="checkbox"/> 第三者承継（M&A）促進補助 ② <input type="checkbox"/> 新規事業挑戦支援補助		
事業者の種別 ※補助事業の区分で①にチェックした場合、ア・イのうちいずれかにチェックを入れてください。	第三者承継（M&A等） <input type="checkbox"/> ア 売手側 <input type="checkbox"/> イ 買手側 M&Aの相手方の事業者名（ ） 相手方の事業者所在県（ ） ※補助金の区分で②にチェックした場合はチェック不要です。		

<p>補助事業の具体的内容</p> <p>※事業の採択にあたっては、主にこの内容を審査しますので、具体的内容に加え、スケジュール、事業の必要性、妥当性、地域経済への影響等についてもこの欄に記載してください。</p> <p>※新規事業挑戦支援補助の場合は、まず新規事業の計画内容を具体的に記載いただいた上で、補助事業の具体的な内容を記載してください（別途作成済みの事業計画書がある場合は、記載に代えて添付でも可）。</p>	
<p>事業の日程</p>	<p>開始予定 年 月 日</p> <p>完了予定 年 月 日</p>

委託先の専門事業者	事業者名 所在地 担当者 電話番号
他の補助金との重複について ※記入必須	国，市町村等の他の補助金を受けていますか，もしくは受ける見込みがありますか。 <input type="checkbox"/> 受けている・受ける見込みがある <input type="checkbox"/> 受けていない
県事業承継・引継ぎ支援センターの活用 ※記入必須	鹿児島県事業承継・引継ぎ支援センターへ事業承継について相談していますか（又はしていましたか）。（交付にあたっての要件ではありません。） <input type="checkbox"/> 相談している <input type="checkbox"/> 相談していない
特例承継計画の確認 ※記入必須	中小企業における経営の承継の円滑化に関する法律（平成20年法律第33号）施行規則第17条の5項の規定による確認（交付にあたっての要件ではありません。） <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない
経営革新計画の承認 ※記入必須	過去に中小企業等経営強化法（平成11年法律第18号）第14条第3項の規定に基づく承認を受けている。（交付にあたっての要件ではありません。） <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない