（様式19-２b）

神奈川県事業承継補助金年次報告書（第三者承継枠）

年 月 日

神奈川県知事　殿

所在地

名称

代表者　職・氏名

 　　　　年　　月　　日付け　　第　　号で交付決定を受けた標記補助事業について、関係書類を添えて報告します。

１　補助対象となった従業員の雇用状況　【買い手支援Ａ】のみ記入

次のいずれか該当する方を回答（チェック欄にチェック）してください。

雇用維持していない場合は、その理由も併せてご記入ください。

　　補助対象となった従業員の雇用を（[ ]  維持している　・[ ]  維持していない※　）

　　※維持していない場合、その理由

　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

２　事業承継の実施有無　【買い手支援Ｂ、売り手支援】のみ記入

　　 次のいずれか該当する方を回答（チェック欄にチェック）してください。

未実施の場合は、その理由も併せてご記入ください。

補助事業に係る事業承継を（[ ]  実施済み　・[ ]  未実施※　）

　　※未実施の場合、その理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

３　添付書類

1. 補助対象となった常時使用する従業員を確認する書類　【買い手支援Ａ】のみ
2. 確定申告書

・法人の場合　　　：別表一、貸借対照表、損益計算書

・個人事業主の場合：第一表、第二表、収支内訳書（白色申告の場合）、所得税青色申告決算書（青色申告の場合）

1. その他知事が必要と認める書類

担当者 職・氏名

電話 e-mail