

誓 約 書

令和 年 月 日

亶理町長 殿

事業所 所在地（住所）
〒
名称
役職
ふりがな
氏名 （自署・押印）
代表者 生年月日 年 月 日 生まれ
性 別 男 ・ 女

私は、亶理町新型コロナウイルス感染症対策地域雇用維持支援金の交付申請に関して、下記のとおり誓約します。

記

- 支援金の申請に関し、全ての申請要件を満たしています。もし、虚偽が判明した場合は、交付決定の取消や支援金の返還等に応じます。
- 亶理町長から報告・立入検査等の求めがあった場合は、これに応じます。
- 申請内容に不正があった場合など、必要がある場合には、支援金の支給を受けた事業者名や対象施設名などの情報が公表されることに同意します。
- 町税の納税情報を確認すること並びに、申請書類及び添付書類の内容について、税務情報として使用することに同意します。
- 代表者、役員又は使用人その他の従業員等が、暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第6号に規定する暴力団員に該当せず、かつ、将来にわたっても該当しません。
- 申請書類及び添付書類の内容について、亶理町長が行政機関や警察等に確認等を行うことに同意します。

以上