様式第２号（第５条関係）

誓約書

　私は、岩国市介護支援専門員就労促進・継続支援給付金の申請に当たり、次のとおり誓約します。

１　申請書及び提出書類の内容は、全て事実と相違ありません。

２　給付金の返還を命じられたときは、速やかに返還に応じます。

３　市が、給付金の支給対象者として確認を行うに当たり、必要に応じて、就労先への聴取等を行うことに同意します。

４　過去に介護支援専門員就労促進給付金の支給を受けていません。（介護支援専門員就労促進給付金を申請する場合）

５　市税等に未納がないことを誓約し、岩国市が給付金の申請について審査するために、市税の納付状況を担当職員が確認することに同意します。

７　岩国市暴力団排除条例第２条第２号に規定する暴力団員及び暴力団員と密接な関係にある者ではありません。

　　　　　　　年　　月　　日

岩国市長　　様

　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

※自署してください。