様式第２号（第５条関係）

誓約書

　私は、岩国市介護福祉士就職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　岩国市介護福祉士就職支援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　岩国市が、給付金の支給対象者としての要件の確認を行うに当たり、必要に応じて、勤務先への聴取等を行うことに同意します。

４　過去に岩国市介護福祉士就職支援給付金又は岩国市新卒介護福祉士就職支援給付金の支給を受けていません。

５　岩国市における市税等に未納はありません。

６　岩国市が岩国市介護福祉士就職支援給付金の支給決定及び不支給決定に当たり、市税等の納付状況の確認を行うことに同意します。

７　岩国市暴力団排除条例に規定する暴力団員又は暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有す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。