

別紙1(第6条関係)

年 月 日

魚沼市長 様

住所

氏名

印

電話番号

誓約書

私は、魚沼市障害福祉職員キャリアパス支援事業補助金の交付を申請するに当たり、下記の全ての事項について、誓約いたします。

記

- 1 魚沼市障害福祉職員キャリアパス支援事業補助金の申請に関し、偽りその他不正の行為はありません。
- 2 暴力団又は暴力団員(魚沼市暴力団排除条例第2条に規定する暴力団又は暴力団員をいう。)等反社会的勢力又は反社会的勢力と関係を有する者ではありません。
- 3 魚沼市障害福祉職員キャリアパス支援事業補助金交付要綱に定められた期間、魚沼市内の障害福祉事業所へ勤務します。
- 4 偽りその他不正の行為により、補助金の交付決定を取り消され、補助金の全部又は一部の返還を市から求められた場合、補助金を返還します。