

誓 約 書

私、_____は、日田市介護職員人材確保推進事業助成金の申請をするに当たり、当助成金以外の補助、助成を受けていた場合は市へ申告いたします。申告した内容と相違が生じた場合は速やかに報告いたします。また、申請書の記載等に虚偽があった場合、受領した助成金の全額を返還することを誓約いたします。

また、日田市介護職員人材確保推進事業助成金の補助、助成を受けるために必要があるときは、公共職業安定所、その他の関係機関に同様の補助、助成についての報告を求めることに同意します。

平成 年 月 日

住所.....

氏名.....(印)

日田市長 様