

誓 約 書

私は、網走市障がい福祉従事者復職支援金（以下、「支援金」という。）の交付申請にあたり、下記の内容について誓約します。

記

1. 支援金支給要件を全て満たしています。
2. 過去に網走市障がい福祉従事者復職支援金、網走市介護従事者復職支援金、網走市保育士等復職支援金、網走市看護師復職支援金を受給したことはありません。
3. 雇用された日から1年以内に離職した場合、市外の障がい福祉事業所等への異動や市内であっても障がい福祉事業所等以外の事業所へ異動した場合、申請内容に虚偽が判明した場合又は不正受給に該当した場合は支援金全額の返還に応じます。
4. 私は暴力団員等（網走市暴力団の排除の推進に関する条例第2条第2号及び第3号に規定する暴力団員等をいう。以下同じ。）でなく、又は暴力団員等と密接な関係を有する者ではありません。
5. 申請日時点で網走市に住民登録しており、今後も定住継続の意思があります。

年 月 日

網走市長 様

住 所 _____

氏 名 _____

連絡先 _____