

築上町新しい生活様式対応事業所支援金支給申請に係る誓約書

法人事業者用

令和〇年〇〇月〇〇日

築上町長 新川 久三 様

事業所住所 築上郡築上町大字椎田999番地9

事業者名 株式会社築上

代表者 築上 太郎

電話番号 〇〇-〇〇〇〇

法人の場合は、代表者の氏名を記入してください。

日中連絡が取れる電話番号を記入してください。

代表者印を押印してください。

私は、築上町新しい生活様式対応事業所にあたり、下記事項を承諾し、

記

- 自己又は自己の法人その他の団体の役員等は、次のいずれにも該当する者ではありません。
 - 暴力団(暴力団員による不当な行為の防止等に係る法律第2条第2号に定めるものをいう。以下同じ)又は暴力団員(同法同条第6号に定めるものをいう。以下同じ)
 - 暴力団員によりその事業活動を実質的に支配されている者
 - 暴力団員によりその事業活動に実質的な関与を受けている者
 - 自己、自社若しくは第三者の不正の利益を図り、又は第三者に損害を加える目的をもって暴力団又は暴力団員を利用するなどしている者
 - 暴力団又は暴力団員に対して資金を提供し、又は便宜を供与するなど直接的又は積極的に暴力団の維持又は運営に協力又は関与している者
 - 暴力団員と密接な関係を有する者
- 支給申請等提出した書類の内容に虚偽はなく、虚偽が判明した場合は、築上町新しい生活様式対応事業所支援金の返還等、築上町の指示に従います。
- 設置状況の確認のために築上町が現地調査を行う場合は協力します。
- 必要な場合には築上町が他の官公署に個人情報等を照会することについて承諾し、当該事項に関する書類の提出及び聴き取り等を求められた場合には協力し速やかに応じることに同意します。
- 設置した設備等は、対象店舗における感染防止対策のものであり、私的利用や転売など他の用途には使用しません。
- 国、福岡県の実施する同様の給付制度を申請しておらず、今後も利用、申請する予定がないこと。また、国、福岡県から給付を受けた場合は、速やかに築上町新しい生活様式対応事業所支援金の返還を行います。
- 申請に添付した資料等について、原本と相違ありません。