様式第２号（第４条関係）

誓　　　約　　　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

（あて先）登米市長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | 郵 便 番 号 | 〒　　　― |
| 所在地(住所) |
| (フリガナ)  名　　　　称 |  |
| 代表者 | 役　　　　職 |  |
| (フリガナ)  氏　　　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生まれ |

私は、登米市事業復活支援給付金の交付申請に関して、下記のとおり誓約します。

記

〇　給付金の申請に関し、全ての申請要件を満たしています。申請内容の虚偽が判明する等登米市事業復活支援給付金交付要綱の規定に違反したとき又は交付の条件等に違反したときは、交付決定の取消し、給付金の返還等に応じるとともに、加算金等の支払にも応じます。

〇　登米市から報告、立入検査等の求めがあった場合は、これに応じます。

〇　代表者、役員又は使用人その他の従業員等が、暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成３年法律第77号）第２条第６号に規定する暴力団員に該当せず、かつ、将来にわたっても該当しません。

〇　申請内容に不正があった場合など、必要がある場合には、給付金の支給を受けた事業者名、対象施設名等の情報が公表されることに同意します。

○　給付金の受給状況について、関係機関に情報提供することに同意します。

○　申請書類及び添付書類の内容について、登米市が行政機関、警察等に確認等を行うことに同意します。

○　給付金受給後も継続して事業活動を行うことを誓います。

以上