

誓約兼同意書

年 月 日

（宛先） 能登町長

住 所 能登町字
申請者
氏 名

印

私は、能登町新人・再就職介護従事者就業支援給付金支給要綱の申請条件を理解した上で申請し、申請書及び添付書類に記入した事項は、全て相違ないことを誓約します。

また、能登町が申請条件の審査を行うに当たり、必要があるときは審査の対象となる納税の納付状況及び勤務実態等につき、能登町役場関係部署、その他町内介護保険施設等に必要書類を閲覧させ、又はその内容を記録させることを求めることに同意します。なお、偽りその他不正な手段により、給付金を受けていたと認められる場合は、速やかに給付金の一部又は全部を返還します。