

誓約書兼同意書

安来市長 様

私は、安来市介護人材就業継続支援補助金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、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及び納付状況、勤務実態等について、市町村、市内介護保険事業所等に必要な書類を閲覧させ、又はその内容を記録させることに同意いたします。

【確認事項（該当に☑）】

- ☐ 様式第 1 号の就業開始年月日欄に記載した日の前 1 年間の期間において、介護職員として市内の介護保険事業所で就業したことがない。
- ☐ 様式第 1 号の就業先事業所欄に記載した事業所において雇用日以後 1 週間の勤務時間が 30 時間以上の労働条件で雇用されている。
- ☐ 様式第 1 号の勤続経過月数欄で選択した月数は産前産後休暇以外で、無給の休暇等を取得した月数（勤務した日のある月を除く。）を除算して計算している。
- ☐ 申請日現在も様式第 1 号の就業先事業所欄に記載した事業所で就業しており、市内の介護保険事業所で 5 年を超える期間継続して就業する意思がある。

年 月 日

住 所

氏 名

（記名押印又は署名）