様式第４号（第６条関係）

年　　月　　日

　　熊本市長　　　　　　　（宛）

住　所

申請者　施設名

代表者

熊本市高齢者施設等医療支援チーム派遣事業誓約書及び同意書

　　　　熊本市高齢者施設等医療支援チーム派遣事業補助金の交付申請を行うにあたり、次のとおり誓約します。

　　　　なお、誓約した内容と事実が相違することが判明した場合には、補助金の交付を受けられないこと又は補助金の交付の決定の全部若しくは一部を取り消されることになっても異議はありません。

**※必ずよく読んで、内容同意のうえ、以下にチェックをしてください。**

　　　　□　虚偽の申請など、不正行為を行いません。

　　　　□　市税の滞納はありません。

　　　　□　熊本市暴力団排除条例（平成２３年条例第９４号）第２条第１号に規定する暴力団、同条第２号に規定する暴力団員、若しくは、同条第３号に規定する暴力団密接関係者ではありません。