

誓約書

私は、高知県医療施設物価高騰対策給付金給付要綱に基づいて「高知県医療施設物価高騰対策給付金」を申請するに当たり、下記の内容について誓約します。

記

<申請される全ての方>

- 高知県医療施設物価高騰対策給付金給付要綱で定めている次の要件を含む全ての申請要件を満たしているとともに、申請書類の内容に虚偽や不正等はありません。
 - ・法令等が求める設置に必要な指定等を受けています。
 - ・申請者等(代表者のほか、役員又は使用人その他の従業員若しくは構成員等)が、暴力団(高知県暴力団排除条例(平成22年高知県条例第36号)第2条第1号に規定する暴力団をいう。)又は暴力団員等(同条第3号に規定する暴力団員等をいう。)に該当しないなど、高知県医療施設物価高騰対策給付金給付要綱の別表に掲げるいずれにも該当しておらず、かつ、将来にわたっても該当しません。
- 高知県から申請書類の内容に関して検査や報告の求めがあった場合は、これに応じます。
- 申請書類に関して虚偽や不正等が判明した場合、既に給付金の支給を受けているときは、給付金の返還と加算金の支払に応じるとともに、事業者名や施設名などの公表に応じます。また、納期限までに給付金の返還等を行わなかった場合は、延滞金の支払に応じます。
- 申請書類に記載した情報を税務情報として使用することに同意します。
- 県内の市町村から、独自に創設した食材料費等物価高騰の影響を受けた医療機関への運営費支援のための給付金に関する事業を実施するために必要であるとして、高知県に情報提供(申請者情報、振込先等)の依頼があった場合の提供に同意します。
- 国の行政機関等が給付金等の支給要件の該当性等を審査するため必要な場合であって、当該審査に必要な限度で高知県に情報提供(申請書及び提出資料に記載された情報)の依頼があった場合の提供に同意します。
- その他、高知県医療施設物価高騰対策給付金給付要綱の記載事項について理解のうえ、同意します。

令和 年 月 日

高知県知事 様

この欄は、法人の代表者又は個人立の代表者が必ず自署してください。

所在地・住所

高知県高知市丸の内1-2-20

法人名

(個人事業主の場合は空欄) 医療法人高知会

役職名及び代表者名

(個人事業主の場合は氏名)

理事長 **高知太郎**