

誓 約 書

私は、高知県営業時間短縮要請対応臨時給付金給付要綱に基づいて「高知県営業時間短縮要請対応臨時給付金」を申請するに当たり、下記の内容について誓約します。

記

- 高知県営業時間短縮要請対応臨時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。
- ・申請要件を満たすことを証明する書類を申請書類として添付しています。
 - ・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、高知県営業時間短縮要請対応臨時給付金給付要綱の第8条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。また、様式2に記載した取引先に対して、県が必要に応じて取引内容の照会をすることに同意します。
- 申請書類に関して虚偽や不正等が判明した場合、既に給付金の給付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（店舗名）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。
- 県の時間短縮要請以前から事業を行っており、今後も事業を継続します。
- 県内の市町村が、独自に創設した新型コロナウイルス感染症の拡大防止のための営業時間短縮要請等に対する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。
- その他、高知県営業時間短縮要請対応臨時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

法人所在地（個人事業主の場合は事業主の住所）

法人名
屋号名

代表者職・氏名

※法人の代表者又は個人事業主が自署してください。