

誓約書兼同意書

私は、美幌町医療従事者就業支援等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、すべて相違ないことを誓約します。

また、美幌町が申請条件の審査を行うに当たり必要があるときは、審査の対象となる居住実態、納税状況及び勤務実態等につき、美幌町役場関係部署その他町内医療関係施設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を求めることに同意いたします。

なお、住宅準備補助金を受けたとき、町内医療関係施設に1年以上勤務しなかったとき及び北海道UIJターン新規就業支援事業による補助金を受けた場合、直ちに美幌町に報告するとともに、美幌町から受けた住宅準備補助金の全部を直ちに返還します。

年 月 日

申請者
住所
氏名

①

※審査（この欄には記入しないでください。）

《居住状況》

町内住所	有 無
転入日（転居日）	年 月 日
確認日	年 月 日
確認者	印

《納税状況》

町税	未納あり ・ 未納なし
確認日	年 月 日
税務グループ確認者	印