**誓 　　約 　　書**

波佐見町事業継続支援給付金の支給を申請するにあたり、以下のとおり誓約します。

１．感染拡大の防止に向けて、業種別ガイドラインを遵守しています。

２．今後も、事業を継続する意思があります。

３．長崎県新型コロナウイルス感染拡大防止営業時間短縮協力金補助金を財源とした各市町の営業時間短縮要請協力金を受給していません（しません）。

４．申請要件を全て満たしています。

５．申請書類に記載された内容に虚偽が判明した場合は、給付金の返還に応じるとともに、加算金の支払いに応じます。

６．波佐見町から検査・報告・是正のための措置の求めがあった場合は、これに応じます。

７．申請に不正があった場合には、給付金の支給を受けた事業者名、事業所名などの情報が公表されることに同意します。

８．申請する事業の営業に必要な許可等をすべて有しています。

９．他の行政機関等が支援金等の支給要件の該当性等の審査をするため必要な場合であって、当　該審査に必要な限度で、本給付金の申請書及び提出資料に記載された情報を当該他の行政機関等の求めに応じて提供することに同意します。

10．次のいずれにも該当しておりません。

(1)　暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成３年法律第７７号）第２条第２号に規定する暴力団（以下「暴力団」という。）

(2)　暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第２条第６号に規定する暴力団員（以下「暴力団員」という。）

(3)　暴力団又は暴力団員と密接な関係を有する者その他波佐見町長が認めるもの

波佐見町長　様

令和３年　月　　日

　　　　　　　　　　　　【申請者】所在地・住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

氏　　名

※**法人**にあっては名称及び代表者の氏名（記名・押印可）

　なお、記名・押印の場合は法人登記印を押印ください

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※**個人**の場合は住所地と氏名を自署してください