＜様式第３号＞

誓　約　書

私は、福井県医療機関・薬局等における物価高騰対策支援金（以下「支援金」という。）を申請するにあたり、下記誓約事項について誓約します。

記

①福井県医療機関・薬局等における物価高騰対策支援金交付要領（以下「要領」という。）で定める内容の全てについて同意します。

②支援金の給付を受けるための申請要件を全て満たしています。

③申請内容に虚偽が判明した場合、または要領で定める不正受給の例等、不正受給に該当した場合、支援金の返還に応じるとともに、民法４０４条に基づく延滞金および支援金と同額の違約金を支払います。その場合、申請者名を公表することに同意します。

④支援金の受給後に、申請要件を満たしていないことが判明した場合は、支援金の返還に応じるとともに、民法４０４条に基づく延滞金を支払います。

⑤申請書類に記載された情報を税務情報として使用することに同意します。

⑥申請内容の確認のため、県が第三者に対し申請者の全ての情報を提供し内容を確認すること、また、県が第三者から情報の提供を受けることに同意します。

以上

**※必ずご記入ください。**

令和６年　　月　　日

福井県知事　様

所在地

名　称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　印

**※署名（手書き）ではない場合は、記名押印のうえご提出ください。**