様式１７

新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金（障がい分）

誓約書

令和　　年　　月　　日

福井県知事　杉本　達治　様

　住　　所　〒

氏　　名　　　　　　　　　　　　　印

生年月日

電話番号　　　　　（　　　）

私は、慰労金の申請にあたり、下記の事項を確認・承諾し、下記のとおり誓約します。

記

１　私は、医療・介護・障がいの慰労金について、他の障がい福祉サービス事業所・施設及び医療機関等からの給付申請や都道府県への給付申請を行いません。

２　慰労金の給付条件を満たしていなかった場合、記載内容に虚偽があった場合、複数回の受給を行った場合、その他不適切と判断された場合には、速やかに返還いたします。

３　慰労金の給付条件の確認や検査等については、拒むことなく、誠心誠意対応いたします。

４　慰労金受領後、３０日以内に受領書（様式１９）を提出します。