**誓　約　書**

函館市社会福祉施設等食材料費支援事業給付金（以下「本給付金」という。）の支給申請にあたり，次のとおり誓約します。

１．函館市社会福祉施設等食材料費支援事業給付金支給要綱に定める支給対象者の要件を満たしています。

　２．申請書類の内容は全て事実です。

　３．申請書類の内容に偽りやその他不正等が判明した場合には，市が本給付金の申請または給付の決定を取り消し，本給付金の支給後にあっては，市の指定する方法および期日までに本給付金の全部を市に返還することに同意します。

　４．市から確認･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。

函館市長　大　泉　　　潤　様

令和 　 年　　　月　　　日

申請者名　（法人）法人名

代表者

職・氏名

（個人事業者）氏　名

※代表者本人が署名した場合，押印不要です。