別紙　様式１

**社会保険等適用除外申出書**

令和　　年　　月　　日

函館市長　大泉　潤　様

所　在　地

　　　　　　　　　　　　　商号または名称

　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

　□　健康保険および厚生年金保険に加入義務がないことを誓約します。

□　雇用保険に加入義務がないことを誓約します。

　　　※　該当する保険にチェックをしてください。

注）１．経営規模等評価結果通知書・総合評定通知書（経審）を未受審である事業者は本申出書を提出してください。

２．なお，本申出書が虚偽であることが判明した場合は，受注者がペナルティの対象となります。