

(参考様式5)

申請者が欠格事由に該当しない旨の誓約書

平成 年 月 日

葛城市長 様

申請者 住 所 (法人の事務所の所在地)

氏 名 (法人の名称及び代表者の氏名)

印

申請者が、介護保険法第115条の45の5第2項に規定する厚生労働省令で定める基準（平成11年厚生省令第36号 介護保険法施行規則第140条の63の6）に従って適正に第1号事業を行うことができないと認められるものに該当しない者であり、かつ、葛城市介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者の指定等に関する要綱（平成29年告示第48号）第2条第2項各号のいずれにも該当しない者であることを誓約します。