（参考様式第９号）

**誓約書**

年　　月　　日

　塙町長

　　　住　所

申請者

　　　代表者の氏名

申請者は、下記の規定に該当しない者であることを誓約します。

|  |
| --- |
| □　介護保険法第70条第２項各号（居宅サービス）  □　介護保険法第78条の２第４項各号（地域密着型サービス）  □　介護保険法第79条第２項各号（居宅介護支援）  □　介護保険法第86条第２項各号（介護老人福祉施設）  □　介護保険法第94条第３項各号（介護老人保健施設）  □　介護保険法第107条第３項各号（介護医療院・介護療養型医療施設）  □　介護保険法第115条の２第２項各号（介護予防サービス）  □　介護保険法第115条の12第２項各号（地域密着型介護予防サービス）  □　介護保険法第第115条の45の５第２項各号（総合事業サービス） |

※　申請するサービスにチェックしてください。