参考様式

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　函南町長　　仁科　喜世志　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

事 業 者 名　　　称　　　　　　　　　　　　 　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

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に従って適正に第1号事業を行うことを誓約します。

（介護保険法第１１５条の４５の５第２項）

　　市町村長は、前項の申請があった場合において、申請者が、厚生労働省令で定める基準に従って適正に第1号事業を行うことができないと認められるときは、指定事業者の指定をしてはならない。