

誓 約 書

年 月 日

上越市長 様

郵便番号
住 所
氏 名 印
申請者 (法人にあつては、
名称及び代表者の職・氏名)
(電 話)
(F A X)

(注)

申請者、申請者の役員及び管理者は、介護保険法
第 70 条 第 2 項 各 号
第 86 条 第 2 項 各 号
第 94 条 第 3 項 各 号
第 107 条 第 3 項 各 号
第 115 条 の 2 第 2 項 各 号
第 107 条 第 3 項 各 号 (旧介護保険法)

に該当しない者であることを誓約します。

注 居宅サービス事業所の場合は「第70条第2項各号」、
介護老人福祉施設の場合は「第86条第2項各号」、
介護老人保健施設の場合は「第94条第3項各号」、
介護医療院の場合は「第107条第3項各号」、
介護療養型医療施設の場合は「第107条第3項各号」(旧介護保険法)、
介護予防サービス事業所の場合は「第115条の2第2項各号」を○で囲むこと。
居宅サービスと介護予防サービスを一体的に行う事業所であつて、双方の申請を併せて行う
場合は、「第70条第2項各号」及び「第115条の2第2項各号」の両方を○で囲むこと。