様式第２号－２（第９条関係）

**誓　約　書**

東 京 都 知 事　　殿

東京都中小企業障害者雇用支援助成金支給要綱第９条の規定に基づく助成金の支給申請を行うに当たり、下記の事項について、いずれも相違ない事をここに誓約いたします。また、この誓約に違反又は相違があり、同要綱第１６条の規定により助成金の支給決定の取消しを受けた場合において、同要綱第１７条の規定に基づき返還を命じられたときは、これに異議なく応じることを誓約いたします。

あわせて、知事が必要と認めた場合には、検査を行い又は報告を求める事に応じなければならないことに同意いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業主記載事項 | 確認欄 |
| 〇支給申請に係る確認事項（はい・いいえのどちらかを〇で囲んでください）１　支給対象者が就労継続支援Ａ型事業所の利用者である。　　　　　　（はい・いいえ）２　障害者雇用促進法に第４４条に基づく厚生労働大臣の認定に基づく特例子会社に係る事業主である。　　　　　　　　　　　　　（はい・いいえ）３　東京都監理団体指導監督要綱に規定する東京都監理団体である。　　（はい・いいえ）４　支給対象者が東京都暴力団排除条例第２条第２号に規定する　　暴力団、同条第３号に規定する暴力団員又は同条第４号に規定　　する暴力団関係者（以下、暴力団員等という。）である。　　　　　 （はい・いいえ）５　法人その他の団体の代表者、役員又は使用人その他の従業員　　若しくは構成員に、暴力団員等がいる。　　　　　　　　　　　　　（はい・いいえ） | □□□□□ |

年　　月　　日

企業等所在地

企業等の名称

（印）

代表者役職・氏名