

交野市児童福祉施設等従事者応援給付金及び  
新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金（薬剤師）

## 誓約書

令和 3年 ●月 ●日

交野市長 黒田 実 様

住 所 〒●●●-●●●●  
交野市私部●●-●●

---

法 人 名 社会福祉法人●●●●  
役職・代表者名 理事長 ●● ●● 印

私は、慰労金の申請および受領に関し、

（様式 1）交付申請書の申請者を記載。印鑑も同じものを押印してください。

記

- 1 全ての対象者について、慰労金の給付条件を満たしているか確認を行いました。
- 2 申請職員への慰労金の支給にあたっては、各種法令や要綱、下記の留意点を遵守し、定められた期限内に速やかに対象者に支給します。また、対象者からの問い合わせ等に対しては、誠心誠意対応いたします。

## （留意点）

今回の慰労金は、所得税法（昭和40年法第33号）の非課税規定に基づき、非課税所得に該当する。

- 3 慰労金の給付条件等の確認や今後確認や検査等が実施された場合は、拒否することなく、誠心誠意対応いたします。
- 4 全ての申請職員について、慰労金の給付条件を満たしていなかった場合、記載内容に虚偽があった場合、複数回の受給を行った場合、関係書類が別途市が定める期間内において法人内に保管されていない場合、誓約書に記載されている事項に反した場合、その他不適切と判断された場合には、慰労金を不当利得として速やかに返還いたします。

## （注意事項）

この誓約書は、申請にあたって各法人1部作成して下さい。