様式第２号の１（第７条関係）

誓　　　　約　　　　書

　私は、SAGA PAPA育休アシスト奨励金の交付申請を行うにあたって、下記のことを誓約します。

　なお、県が必要な場合には、佐賀県警察本部に照会することについて承諾します。

　また、照会で確認された情報は、今後、私が県と行う他の契約等における身分確認に利用することに同意します。

　記

　１　自己又は自社の役員等が、次のいずれにも該当する者ではありません。

　　(1)　暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成３年法律第77号）第２条第２号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）

　　(2)　暴力団員（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第２条第６号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）

　　(3)　暴力団員でなくなった日から５年を経過しない者

　　(4)　自己、自社若しくは第三者の不正な利益を図る目的又は第三者に損害を与える目的をもって暴力団又は暴力団員を利用している者

　　(5)　暴力団又は暴力団員に対して資金等を提供し、又は便宜を供与する等直接的又は積極的に暴力団の維持運営に協力し、又は関与している者

　　(6)　暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有している者

　　(7)　暴力団又は暴力団員であることを知りながらこれらを利用している者

２　１の(2)から(7)までに掲げる者が、その経営に実質的に関与している法人その他の団体又は個人ではありません。

　　年　　月　　日

　（ 収 支 等 命 令 者 ）　様

　　　　　　　　　　　　〔 法人、団体にあっては事務所所在地 〕

　　　　　　　　　　　　 住　　所

　　　　　　 　　　　　 　　 　〔 法人、団体にあっては法人・団体名、代表者名 〕

　　　　　　　 　　　　　 　（ふりがな）

　　　　　　　　　　　　　 　氏　　名

　　　　　 　　生年月日　（明治・大正・昭和・平成）　　 年　　月　　日

責任者自署欄（※）

※　氏名欄は、本人が自署すること。ただし、申請者が法人の場合は、本申請に係る責任者の氏名の自署を付記し、法人代表者の氏名を記名とすることができる。

様式第２号の２（第７条関係）

誓　　　　約　　　　書

　私は、SAGA PAPA育休アシスト奨励金（以下「奨励金」という。）の交付申請を行うにあたって、下記のことを誓約します。

　記

* SAGA PAPA育休アシスト奨励金交付申請書の記載内容及び添付書類の内容については、事実と相違ありません。
* 労働協約、就業規則等に、育児休業制度についての規定を設けています。
* 奨励金受給事業所として事業所名の公表に承諾します。
* 県が行う男性の育児休業取得促進に係る広報・啓発等に協力します。

　　年　　月　　日

　（ 収 支 等 命 令 者 ）　様

　　　　　　　　　　　　〔 法人、団体にあっては事務所所在地 〕

　　　　　　　　　　　　 住　　所

　　　　　　 　　　　　 　　 　〔 法人、団体にあっては法人・団体名、代表者名 〕

　　　　　　　 　　　　　 　（ふりがな）

　　　　　　　　　　　　　 　氏　　名

　　　　　 　　生年月日　（明治・大正・昭和・平成）　　 年　　月　　日

責任者自署欄（※）

※　氏名欄は、本人が自署すること。ただし、申請者が法人の場合は、本申請に係る責任者の氏名の自署を付記し、法人代表者の氏名を記名とすることができる。

様式第３号（第８条関係）

第　　　　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　様

　佐賀県知事

SAGA PAPA育休アシスト奨励金交付決定・額確定通知書

令和　年　月　日付けで交付申請のあったSAGA PAPA育休アシスト奨励金については、SAGA PAPA育休アシスト奨励金交付要綱第８条第１項の規定により、下記のとおり奨励金の交付を決定し、及び額を確定したことを通知します。

記

　交付決定額及び額の確定金額　　金　　　　　円

様式第４号（第８条関係）

第　　　　　　　　　　号

　令和　　　年　　月　　日

 様

佐賀県知事

SAGA PAPA育休アシスト奨励金不交付決定通知書

　令和　　　　年　　　月　　　日付けで交付申請のあったSAGA PAPA育休アシスト奨励金については、次の理由により交付しないことに決定しましたので、SAGA PAPA育休アシスト奨励金交付要綱第８条第２項の規定に基づき通知します。

１　交付しない理由

様式第５号（第９条関係）

令和　　年　　月　　日

佐賀県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

名称

代表者役職・氏名

SAGA PAPA育休アシスト奨励金交付請求書

令和　 年　 月 　日付け　第　　号で交付決定の通知があったSAGA PAPA育休アシスト奨励金のうち、下記金額を交付されるようSAGA PAPA育休アシスト奨励金交付要綱第９条第１項の規定により請求いたします。

記

請　求　額　　　　　　　金　　　　　　　　　円

|  |
| --- |
| 【振替口座】 |
| 金融機関名 | 　　　　　　　　　　　　銀行 | 　　　　　　　　　　　　　支店 |
| 預金種別 | １：普通預金（総合口座を含む）　２：当座預金　３：納税準備預金 | 店　番　 | 口　座　番　号 |
|  |  |
| 口座名義人（カナ） |  |

様式第６号（第11条関係）

第　　　　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　様

佐賀県知事

SAGA PAPA育休アシスト奨励金交付決定（一部）取消・返還通知書

令和　年　月　日付けで奨励金の交付を決定し、及び額の確定を通知したSAGA PAPA育休アシスト奨励金については、次の理由により交付額確定を（一部）取り消すので、SAGA PAPA育休アシスト奨励金交付要綱第11条の規定により通知します。

ついては、交付した奨励金額のうち　　　　　　円を次のとおり返還してください。

１　取消理由

２　返還額

　　　交付した奨励金の額　　　　　　　　　　　円

　　　交付すべき奨励金の額　　　　　　　　　　円

　　　返還額　　　　　　　　　　　　　　　　　円

３　交付した奨励金の返還期限

　　　　　　　年　　月　　日

４　返還の方法

　　同封の返納通知書（納入通知書）により所定の金融機関で払い込みください。