

(参考様式)

介護保険法第 115 条の 2 第 2 項各号の規定に該当しない旨の誓約書(指定介護予防サービス事業者用)

年 月 日

静岡県知事

様

申請者 住所

氏名(法人にあっては名称及び代表者名)

印

申請者が、介護保険法第 115 条の 2 第 2 項各号のいずれにも該当しない者であることを誓約します。(その役員等(法人である場合)又はその管理者(法人でない事業所である場合)が、同項第 4 号から第 6 号まで若しくは第 7 号から第 9 号まで(介護予防特定施設入居者生活介護を除く。)又は同項第 4 号から第 5 号の 3 まで、第 6 号の 2 若しくは第 7 号から第 9 号まで(介護予防特定施設入居者生活介護)のいずれにも該当しない者であることを誓約します。)