

必要事項申告書

平成 年 月 日

秋田県知事

(申請者)

事業者(所)名

代表者職氏名

印

秋田県介護サービス事業所認証評価制度の認証申請にあたり、次の事項について事実と相違ないことを申告します。

- 1 労働関係法規を遵守しているか（過去1年間） （ はい いいえ ）
- 2 介護保険法等を遵守しているか（過去1年間） （ はい いいえ ）
- 3 指定効力停止以上の行政処分を受けていないか（過去5年間）
（ はい いいえ ）
- 4 社会保険・労働保険料を納付しているか （ はい いいえ ）
- 5 公序良俗に反する事業を行っていないか （ はい いいえ ）

【承諾書】

- ・ 介護保険事業による実績、実地監査の状況を確認することについて承諾します。
- ・ 過去の労働関係法規に関連した調査状況を確認することについて承諾します。