**（別紙様式13-4）**

**誓　約　書**

　　年　 　月 　日

　　大磯町長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　 　　　　　　　　　　申請者　　 名　称

 　　 代表者名　　　　　　　　　　　　　印

　申請者は介護保険法第79条第２項の各号の規定にいずれにも該当しない者であることを誓約します。