

様式第 2 号（第 4 条関係）

人員の配置要件に係る誓約書

年 月 日

（宛先）豊川市長

（申請者）法人所在地

法人の名称

代表者職氏名

法人電話番号

豊川市相談支援従事者初任者研修費助成金交付要綱第 4 条の規定に基づき、  
人員の配置要件について、下記のとおり満たすよう誓約をいたします。

法人名	
事業所名	
事業所所在地	
相談支援従事者名	
勤務期間	年 月 日から 2 年以上

上記に係る条件を満たさない場合は、障害福祉課と協議のうえ、人員の配置要件を満たすよう当該事由の発生した日から 2 年以内に必要な措置を講じます。