

様式第 6 号（第 5 条関係）

年 月 日

（宛先）吹田市長

所在地

法人名

代表者

電話番号

人員の配置要件に係る誓約書

吹田市障害児・者相談支援体制整備補助金交付要領第 3 条第 2 号の規定に基づき、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、障がい福祉室と協議のうえ、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。