

様式第 2 号（第 6 条関係）

同 意 書

年 月 日

（宛先）越生町長

住 所

（法人等の場合は名称及び代表者職氏名）

氏 名

電話番号

私は、越生町農業経営収入保険加入促進事業補助金の交付申請に関して、下記のとおり同意します。

記

- 1 補助金の申請に関し、全ての申請要件を満たしています。もし、虚偽が判明した場合は、交付決定の取消や補助金の返還等に応じます。
- 2 町から報告・立入検査等の求めがあった場合は、これに応じます。
- 3 申請内容に不正があった場合等、必要に応じて、補助金の交付を受けた事業者名や対象施設名などの情報が公表されることに同意します。
- 4 申請書類及び添付書類の内容について、住所及び町税等の滞納状況に関する個人情報について、町が確認することに同意します。
- 5 代表者、役員、使用人その他の従業員が、越生町暴力団排除条例（平成 24 年越生町条例第 24 号）に規定する暴力団員に該当せず、かつ、将来にわたっても該当しません。
- 6 申請書類及び添付書類の内容について、補助金の交付の決定等に必要な情報の確認を町が必要に応じて、埼玉県農業共済組合及び行政機関並びに警察等に照会又は確認等を行うことに同意します。
- 7 現在、収入保険に加入しており、今後も加入継続します。