

<要件確認申立書等の作成について>

- ・ 申請書（計画書）の提出をされた全ての法人が対象となります。
- ・ のセルのみ記入してください。 のセルは、自動転記されますので、入力しないでください。
- ・ エクセルは分割せずにそのまま提出してください

要件確認申立書

大阪府知事 殿

私（当団体）は、大阪府補助金交付規則（以下「規則」という。）第4条第2項第3号の規定に基づき、大阪府介護職員等処遇改善支援補助金（障がい者福祉事業）にかかる交付申請を行うにあたり、下記の内容について申立てます。

記

※各項目を確認し、はい・いいえのどちらかをプルダウンから選択してください。

申 立 事 項		
1	暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第2条第2号に規定する暴力団、同法第2条第6号に規定する暴力団員、大阪府暴力団排除条例第2条第4号に規定する暴力団密接関係者である。 ※「暴力団密接関係者」については、次の2～6も確認してください。	いいえ
2	自己、自社若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員を利用するなどしている。	いいえ
3	暴力団又は暴力団員に対して、資金等を供給し、又は便宜を供与するなど直接的あるいは積極的に暴力団の維持、運営に協力し、若しくは関与している。	いいえ
4	暴力団又は暴力団員であることを知りながらこれを不当に利用するなどしている。	いいえ
5	暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有している。	いいえ
6	（事業者においては、）次に掲げる者のうちに暴力団員又は上記2～5のいずれかに該当する者がいる。 ・事業者の役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるか否かを問わず、当該事業者に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等以上の支配力を有するものと認められる者を含む。） ・支配人、本店長、支店長、営業所長、事務所長その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、営業所、事務所その他の組織（以下「営業所等」という。）の業務を統括する者 ・営業所等において、部長、課長、支店次長、副支店長、副所長その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、それらと同等以上の職にあるものであって、事業の利益に重大な影響を及ぼす業務について、一切の裁判外の行為をする権限を有し、又は当該営業所等の業務を統括する者の権限を代行し得る地位にある者 ・事実上事業者の経営に参加していると認められる者	いいえ
7	法人にあっては罰金の刑、個人にあっては禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又はその執行を受けることがなくなった日から1年を経過しない者である。	いいえ
8	公正取引委員会から私的独占の禁止及び公正取引の確保に関する法律第49条に規定する排除措置命令又は同法第62条第1項に規定する納付命令を受け、その必要な措置が完了した日又はその納付が完了した日から1年を経過しない者である。	いいえ
9	規則第2条第2号イ～ハまでのいずれかの該当の有無等に関して調査が必要となった場合には、大阪府が求める必要な情報又は資料を遅滞なく提出するとともに、その調査に協力し、調査の結果、該当することが判明した場合には、規則第15条に基づき、補助金の交付の決定の全部又は一部を取り消されても、何ら異議の申し立てを行いません。	はい
10	間接補助事業者に当該補助事業の全部又は一部を行わせる場合には、当該間接補助事業者が上記各号のいずれかに該当することとなった場合又はいずれかに該当していたことが判明した場合にその旨を直ちに届出ます。	はい
11	暴力団等審査情報を、大阪府暴力団排除条例第26条に基づき、大阪府警察本部に提供することに同意する。	はい

1～11まで全ての項目に、「はい」か「いいえ」をプルダウンより選択してください。

※「1」～「8」で「はい」を選択した場合及び「9」～「11」で「いいえ」を選択した場合は、補助金の支給を受けることはできません。

令和 4 年 4 月 18 日

基本情報

フリガナ	カブシキガシヤ ケアサービス		
法人名	株式会社 ケアサービス		
法人所在地	大阪市中央区大手前3丁目		
代表者名	大阪 太郎		
フリガナ	オオサカ ジロウ		
書類作成担当者	大阪 次郎		
連絡先	電話番号	FAX番号	E-mail
	6-●●●●-××××	6-●●●●-××××	osak@aaaaa
代表となる事業所番号	2700000000		
代表となる事業所名	〇〇		

補助金交付予定の事業所
であれば、どの事業所を
記載いただいても問題ご
ざいませぬ。

暴力団等審査情報

大阪府補助金交付規則（以下「規則」という。）第4条第2項第3号の規定に基づき、大阪府介護職員等処遇改善支援補助金（障がい者福祉事業）にかかる交付申請を行うにあたり、規則第2条第2号イに該当しないことを審査するため、本書面を提出するとともに、大阪府暴力団排除条例第26条に基づき、府警察本部へ提供することに同意します。なお、役員の変更があった場合は、直ちに本様式をもって報告します。

	氏名		生年月日				性別	住所（所在地）
	ｶﾅ(半角)	漢字	元号	年	月	日		
1	オオサカ タロウ	大阪 太郎	S	61	01	01	M	大阪府大阪市中央区大手前3丁目
2	オオサカ ジロウ	大阪 次郎	S	60	06	29	M	大阪府大阪市中央区大手前3丁目
3	オオサカ ハナコ	大阪 花子	H	04	09	14	F	大阪府大阪市中央区大手前3丁目
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								

・フルネーム(半角ｶﾅｶﾞ)で記載してください。
 ・姓と名の間に半角スペースを入れてください。

・役員個人の住所ではなく、
 法人住所を記載してください。

・フルネーム(全角漢字)で記載してください。
 ・姓と名の間に全角スペースを入れてください。

28								
29								
30								

※役員数に応じ、適宜、行を追加すること。

※役員の変更による報告の場合は、変更した者のみにつき記載すること。

※氏名のカナは姓と名の間は半角スペースとし、漢字は姓と名の間は全角スペースとすること。

※生年月日の元号は、西暦は和暦に直し、明治は「M」、大正は「T」、昭和は「S」、平成は「H」と記載すること。

※生年月日は半角数字を用い、1桁の場合は頭に「0」を記載すること。

※性別は男性は「M」、女性は「F」と記載すること。

住所（所在地） 大阪市中央区大手前3丁目

名称（団体名） 株式会社 ケアサービス

氏名（代表者） 大阪 太郎