様式第9号

**社会保険誓約書**

社会保険の納付義務がないもの

私は、社会保険の適用、納付義務がないことを誓約します。

令和　　年　　月　　日

日吉津村長　　中田　達彦　様

事業所所在地

商号

代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

代表者の住所