

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 _____ (印)

代表者の住所 _____