

民間團體申請補助案—身分關係聲明書

申請團體全銜：

申請團體統一編號：

計畫名稱：114 年失智照護服務計畫

茲向南投縣政府聲明如下：

本申請團體（是 否）為公職人員利益衝突迴避法第 2 條、第 3 條所稱公職人員或其關係人。

*勾選「是」者，應填寫「公職人員利益衝突迴避法第 14 條第 2 項公職人員及關係人身分揭露表」（請至南投縣政府/政風處/利益衝突迴避專區下載），未揭露者，依公職人員利益衝突迴避法第 18 條第 3 項規定，將處以罰鍰。（相關法規請參閱揭露表內容。）

此致

南投縣政府

負責人：_____ 簽名或蓋章

此致 請加蓋申請團體
(印信)

填報日期： 年 月 日