様式第1号(第7条関係)

年　　月　　日

魚沼市長　　様

申請者　所在地

名　称

代表者　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

医療人材就職情報サイト活用支援事業補助金交付申請兼実績報告書

魚沼市医療人材就職情報サイト活用支援事業補助金の交付を受けたいので、魚沼市医療人材就職情報サイト活用支援事業補助金交付要綱第7条の規定により、下記のとおり申請します。なお、補助金の交付決定のため、市税の納付状況等について、税務課へ照会することについて同意します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 補助金交付申請額 | 円 |
| 採　用　者 | 住　　所 |  |
| 氏　　名 |  |
| 職　　種 | □ 助産師　　□ 看護師　　□ 准看護師　 □ 薬剤師□ その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 活用した情報サイト | 支払紹介料 | 円(消費税を除く。) |
| 住　　所 |  |
| 運営会社名 |  |

添付書類

(1)　紹介料の請求書の写し

(2)　紹介料の請求書内容の確認できる明細書の写し

(3)　領収書の写し又は振込したことがわかるもの

(4)　採用者との雇用契約書の写し

(5)　市税の納税証明書(照会に同意しない場合及び納税状況が確認できない場合のみ)

(6)　その他市長が必要と認めるもの