様式第1号(第5条関係)

年　　　月　　　日

魚沼市長　　　様

申請者　住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

看護師等移住・就業支援金交付申請兼請求書

　魚沼市看護師等移住・就業支援金の交付を受けたいので、魚沼市看護師等移住・就業支援金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

　なお、交付対象者の要件を満たすことを確認するために必要な情報について、市が住民基本台帳の閲覧及び納税状況の確認並びに関係機関に照会することに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 交付申請額 | | 円 |
| 住民登録日 | | 年　　月　　日 |
| 就業先  医療機関等 | 施設名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 就業年月日 | | 年　　月　　日 |
| 採用職種 | | □ 保健師　□ 助産師　□ 看護師　□ 准看護師 |

振込先口座(申請者名義のもの)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 銀行・信用組合  金庫・農協 | |  | | | 本店・支店  支所 |
| フリガナ |  | | 口座番号 | | 普通  **・**  当座 |  | |
| 口座名義 |  | |

【添付書類】

　□ 就業証明書(別紙1)

□ 誓約書(別紙2)

□ 本市に住民登録したことが確認できる書類及び本市に住民登録する前の住所が確認できる書類の写し

□ 看護師等であることを証する書類の写し

　□ 申請者本人名義の振込先口座が確認できる預金通称等の写し

　□ 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)

　□ その他市長が必要と認める書類

交付・不交付の決定調書兼確定調書(申請者は、以下記入しないでください。)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1　補助金等の名称及び予算科目 | 補助金等の名称 | | 魚沼市看護師等移住・就業支援金 | | | | | | |
| 会計 | 事業№ | 款 | 項 | 目 | 節 | 細節 | 細々節 | 予算残高(本件執行伺い前の金額) |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |
| 2　交付決定兼確定額 |  | | | | | | | | |
| 3　補助金等交付決定の根拠等及び審査の結果 |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 4　不交付の場合その理由 |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 5　交　付　条　件 | (1)　本事業実施にあたり申請内容は記載のとおりであること。 | | | | | | | | |
| (2)　交付要件を欠くに至った場合は、速やかに市に報告し、指示に従うこと。 | | | | | | | | |
| (3)　魚沼市看護師等移住・就業支援金交付要綱及び魚沼市補助金等交付規則の規定を遵守すること。 | | | | | | | | |
| (4)　その他 | | | | | | | | |
| 6　完了年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | |
| 7　確認者職・氏名 | 職　名　　　　　　　　　　氏　名 | | | | | | | | |