別記様式第１号（第５条関係）

　　年　　月　　日

（宛先）今　治　市　長

申請者　住　所

氏　名

電話番号

　今治市ＵＩＪターン看護師等支援事業費補助金交付申請書

今治市ＵＩＪターン看護師等支援事業費補助金交付要綱第５条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。なお、補助金支給の審査にあたり、次の事項に同意します。

・医療機関に勤務開始日から起算して３年以上継続して勤務する意思があること。

・補助金の交付の決定及びその取り消し等に必要な範囲で、市が保有する住民基本台帳情報の利用及び勤務する医療機関へ勤務状況を調査すること。

|  |  |
| --- | --- |
| 交付要綱第３条（３）の要件  （該当にチェックを） | □　ア　就職を機に愛媛県外から今治市内に転入した者  □　イ　就職を機に愛媛県内から今治市内に転入した者  □　ウ　愛媛県外から県内の養成校に進学し、今治市内に転入又は  今治市内で転居を行った者 |
| 勤務する医療機関の  名称 |  |
| 勤務開始日 |  |
| 申請額 | 合計　　　　　　　　円**（上限200,000円）**  （1,000円未満の端数があるときは、その端数は切り捨て） |
| 添付書類 | (１) 医療機関勤務（採用）証明書（別記様式第２号）  (２) 履歴書（別記様式第３号）  (３)　 看護師等免許証の写し（又は取得を証明する書類）  (４)　 別表で定める対象経費の金額が分かる領収書等の写し  (５) その他市長が必要と認める書類 |