

## 今治市看護師市内定着支援奨励金交付要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、若年層の人口減少に伴い、今治市内において看護師の人材確保が困難となっていることから、新たに看護師として看護師養成施設を卒業し今治市内の医療機関に採用される者に対し、市内定着支援奨励金を交付することにより、今治市内の看護師の提供体制を維持し、もって人口減少の抑制及び専門人材を確保することを目的とする。

### (定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 看護師 保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号。以下「法」という。）第5条に規定する看護師をいう。
- (2) 看護師養成施設 法第21条第1号に規定する大学、同条第2号に規定する学校、同条第3号に規定する看護師養成所又は同条第5号に規定する学校若しくは養成所で修業年限が3年以上の施設をいう。
- (3) 医療機関 医療法（昭和23年法律第205号）第1条の5第1項に規定する病院及び医療法第1条の5第2項に規定する診療所をいう。
- (4) 常勤職員 1月に120時間以上勤務する者をいう。
- (5) 新卒採用者 看護師養成施設を卒業し、看護師資格を取得した者であって、卒業した翌年度の4月末日までに今治市内の医療機関に常勤職員として採用された者をいう。

### (支給対象者)

第3条 奨励金の支給の対象となる者（以下「支給対象者」という。）は、次のいずれにも該当する者とする。

- (1) 今治市に住所を有し、今治市の住民基本台帳法(昭和42年法律第81号)に基づく住民基本台帳に記載されている者
  - (2) 市税の滞納がない者
  - (3) 令和7年4月1日以後の新卒採用者である者
  - (4) 1会計年度（毎年4月1日から翌年の3月31日までをいう。以下同じ。）において、採用された今治市内の医療機関に継続して常勤職員として勤務した者
  - (5) 採用の日から5年以上継続して採用された今治市内の医療機関に勤務する意思がある者
- 2 前項の規定において、支給対象者が今治市外へ転居又は転出後、再び前項の要件を満たす支給対象者となった場合は、当該支給対象者に該当しない者とする。

### (奨励金の支給等)

第4条 奨励金の額は、支給対象者が卒業した年度時点の看護師養成施設における卒業までの授業料総額の5分の1を基本額として、次のとおりとする。

(1) 今治看護専門学校卒業生 基本額の3分の2

(2) 今治看護専門学校卒業生以外 基本額の3分の1。ただし、今治看護専門学校の基本額の3分の1を上限とする。

2 前項の授業料総額の算定において、入学金、養成施設費、教育実習費等の授業料以外の費用は含まないものとする。

3 奨励金の額に1,000円未満の端数が生じるときは、その端数を切り捨てるものとする。

4 今治看護専門学校卒業生に支給する奨励金の2分の1は、一般社団法人今治市医師会が負担するものとする。

5 第1項の奨励金は、新卒採用者として採用された施設において支給対象者の勤務が継続している場合は、5回まで支給することができる。

6 離職後も今治市内に住所を有し、離職した日から起算して30日以内に今治市内の別の医療機関に常勤職員として再就職した場合は、勤務が継続していたものとみなす。

7 出産、育児、病気等により、連続30日以上 of 休暇等が生じた場合は、当該年度の奨励金は支給しない。

(受給資格の認定申請)

第5条 奨励金の支給を受けようとする支給対象者（以下「交付申請者」という。）は、毎年度6月末日までに、今治市看護師市内定着支援奨励金受給資格認定申請書（別記様式第1号）に、次の各号に掲げる書類を添えて、市長に提出しなければならない。

(1) 看護師免許証（又は取得を証明する書類）（初回のみ）

(2) 看護師養成施設を卒業したことを証する書類（初回のみ）

(3) 卒業した年度の授業料の分かる書類（初回のみ）

(4) その他市長が必要と認める書類

(受給資格の認定)

第6条 市長は、前条の規定による申請があったときは、その内容を審査し、認定の可否を決定し、今治市看護師市内定着支援奨励金受給資格（認定・不認定）通知書（別記様式第2号）により、交付申請者に通知する。

(勤務先変更の届出)

第7条 前条の規定による認定の通知を受けた交付申請者（以下「資格認定者」という。）は、第4条第6項の規定による勤務先変更があった場合は、今治市看護師市内定着支援奨励金に係

る勤務先変更届出書（別記様式第3号）に次の各号に掲げる書類を添えて、市長に届出を行わなければならない。

- （1）今治市内医療機関に勤務していたことを証する書類
- （2）今治市内医療機関に勤務していることを証する書類  
（奨励金の交付申請等）

第8条 資格認定者は、今治市看護師市内定着支援奨励金交付申請書兼請求書（別記様式第4号）に次に掲げる書類を添えて、市長に提出するものとする。

- （1）勤務先の医療機関に第5条の認定申請を行った日（以下「認定申請日」という。）が属する年度の3月15日まで継続して勤務したことを証する書類
- （2）その他市長が必要と認める書類

2 前項の申請書兼請求書は、次の各号に掲げる区分に応じ、当該各号に定める期間に提出しなければならない。

- （1）第10条第1号の現金受取方式を選択する場合 認定申請日が属する年度の3月15日から3月31日まで
- （2）第10条第2号のデジタルクーポン受取方式を選択する場合 認定申請日が属する年度の翌年度の4月1日から6月30日まで  
（奨励金の交付）

第9条 市長は、前条に規定する申請書兼請求書を受理した場合は、その内容を審査し、適当と認めるときは、奨励金を交付する。

2 市長は、審査の結果、奨励金の交付が不適当であると認めるときは、その旨を今治市看護師市内定着支援奨励金不交付決定通知書（別記様式第5号）により資格認定者に通知するものとする。この場合において、第8条の規定により提出された請求書は、その提出がなかったものとみなす。

（交付の方式）

第10条 市長は、奨励金について資格認定者の選択により次の各号に掲げる方式で交付を行う。

- （1）現金受取方式

申請者の指定口座に振り込むことにより奨励金を交付するもの

- （2）デジタルクーポン受取方式（市長が委託する事業者の地域通貨での付与）

市長が委託する者が提供するアプリケーション等を使用し、当該アプリケーション上におけるデジタルクーポンとして奨励金の交付を行うもの

（支給決定の取り消し等）

第11条 市長は、交付申請者が次のいずれかに該当する場合は、奨励金の交付決定を取り消すことができる。この場合において、既に奨励金が交付されているときは、市長はその全部又は一部の返還を命ずることができる。

- (1) この要綱及び奨励金交付の条件に違反したとき。
  - (2) 奨励金の支給対象者の要件を満たさなくなったとき。
  - (3) 偽りその他不正な手段により交付の決定又は交付を受けたとき。
  - (4) 前3号に掲げる場合のほか、市長が不適当と認めるとき。
- (委任)

第12条 この要綱に定めるもののほか、奨励金の交付に関し必要な事項は、市長が別に定める。

#### 附 則

この要綱は、令和7年4月1日から施行する。

年 月 日

今治市看護師市内定着支援奨励金受給資格認定申請書

（宛先）今治市長

住 所  
氏 名  
看護師籍登録番号  
電話番号

今治市看護師市内定着支援奨励金の受給資格がある旨の認定を受けたいので、今治市看護師市内定着支援奨励金交付要綱第 5 条により、次のとおり資格の認定を申請します。

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 卒業した看護師養成施設等の概要         | 所在地                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |
|                         | 学校名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |
|                         | 卒業学科                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |         |
|                         | 卒業年月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 年 月 卒業  |
| 勤務先医療機関の概要              | 所在地                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |
|                         | 施設名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |
|                         | 勤務部署                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |         |
|                         | 勤務開始日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 年 月 日 ～ |
| 誓約事項等<br><br>☑を入れてください。 | <input type="checkbox"/> 市内定着奨励金の目的及び趣旨を理解している。<br><input type="checkbox"/> 今治市に住所を有し住民基本台帳に記載されている。<br><input type="checkbox"/> 現に市税の滞納がなく、今後も滞納をすることはない。<br><input type="checkbox"/> 令和 7 年 4 月 1 日以後の新卒採用者である。<br><input type="checkbox"/> 採用された施設に継続して常勤職員として勤務する予定である。<br><input type="checkbox"/> 5 年以上継続して採用された施設に勤務する意思がある。<br><input type="checkbox"/> 採用された施設を離職した場合、30 日以内に条件を満たした再就職をしなければ、奨励金の支給を受けることができなくなることを理解している。<br><input type="checkbox"/> 上記の受給資格の確認、認定及び交付、取り消し等に必要な範囲で、市が保有する情報等の利用及び勤務する施設への調査等に同意する。 |         |

添付書類

- 1 看護師免許証（又は取得を証明する書類）（初回のみ）
- 2 看護師養成施設を卒業したことを証する書類（初回のみ）
- 3 卒業した年度の授業料の分かる書類（初回のみ）
- 4 その他市長が必要と認める書類

今治市看護師市内定着支援奨励金受給資格（認定・不認定）通知書

住所  
氏名 様

今治市長

年 月 日付をもって申請のありました今治市看護師市内定着支援奨励金の資格認定については、今治市看護師市内定着支援奨励金交付要綱第6条により、次のとおり資格を（認定・不認定）します。

記

1 資格（認定・不認定）の内容

次のとおり資格内容を（認定・不認定）する。

|         |                              |
|---------|------------------------------|
| 資格認定の件名 | 令和 年度今治市看護師市内定着支援奨励金（ 回目）対象分 |
| 資格の有効期限 | 年 月 日まで                      |
| 備考      |                              |

2 条件

- （1）上記奨励金の資格は、資格の有効期限までとする。
- （2）有効期限内に奨励金の交付申請を行わなかった場合は、当該資格を失うものとする。
- （3）偽りその他不正な手段等により奨励金の資格認定を受け奨励金の交付を受けた場合には、当該資格の認定を取り消すとともに、交付を受けた奨励金の全額又は一部を速やかに返還しなければならない。

年 月 日

今治市看護師市内定着支援奨励金に係る勤務先変更届出書

（宛先）今治市長

住 所  
氏 名  
看護師籍登録番号  
電話番号

下記のとおり、勤務先の変更がありましたので、今治市看護師市内定着支援奨励金交付要綱第7条の規定により届け出します。

記

変更の内容

| 変更前            | 変更後            |
|----------------|----------------|
| 勤務先            | 勤務先            |
| 勤務終了日<br>年 月 日 | 勤務開始日<br>年 月 日 |

添付書類

- 1 今治市内医療機関に勤務していたことを証する書類
- 2 今治市内医療機関に勤務していることを証する書類

（宛先）今治市長  
今治市看護師市内定着支援奨励金交付申請書兼請求書

住 所  
氏 名  
看護師籍登録番号  
電話番号

今治市看護師市内定着支援奨励金交付要綱第8条により、奨励金の交付を受けたいので、次のとおり申請し、請求します。

1 交付申請の内容

|        |                                                                       |
|--------|-----------------------------------------------------------------------|
| 申請内容   | 令和 年度今治市看護師市内定着支援奨励金（ 回目）対象分                                          |
| 申請兼請求額 | 円                                                                     |
| 受取方式   | <input type="checkbox"/> 現金受取（口座振替） <input type="checkbox"/> デジタルクーポン |

2 今治市内医療機関に勤務していることを証する書類等  
添付書類のとおり

3 調査同意  
奨励金交付のため、私の納税状況等を調査することについて同意します。

氏 名（署名）

|                                                      |                                  |
|------------------------------------------------------|----------------------------------|
| 上記のものより奨励金交付申請があったので納税状況調査をお願いします。<br>年 月 日<br>納税課長様 |                                  |
| 市税滞納の有無                                              | 滞納がないとき・・・滞納なし<br>滞納があるとき・・・滞納あり |
| 納税状況は上記のとおりです。<br>年 月 日 納税課長 印                       |                                  |

4 振込先の内容

振込先 （注）口座名義は、申請者と同一の名義であること。

|       |                            |
|-------|----------------------------|
| 金融機関名 | 銀行<br>金庫<br>農協<br>支店<br>支所 |
| 口座種別  | 普通 ・ 当座                    |
| 口座番号  |                            |
| フリガナ  |                            |
| 口座名義人 |                            |

年 月 日

雇用証明書

(施設管理者又は所属部署の長)

住 所

代表者名 印

電話番号

下記のとおり在職していることを証明します。

|                   |                                                                                                                                                                                                             |                              |               |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------|
|                   |                                                                                                                                                                                                             | 証明日                          | 令和 年 月 日      |
| 就労者氏名             |                                                                                                                                                                                                             | 本人住所                         |               |
| 勤務先名称<br>(部署名等)   |                                                                                                                                                                                                             | 勤務先<br>電話番号                  |               |
| 勤務地住所             |                                                                                                                                                                                                             | 仕事の内容<br>(具体的に)              |               |
| 就職年月日             | 令和 年 月 日                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 採用済 |               |
| 勤務期間              | 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日                                                                                                                                                                                         |                              |               |
| 雇用契約の終了予定         | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 年 月 日終了見込)                                                                                                                                          |                              |               |
| 勤務日数              | 月平均 日                                                                                                                                                                                                       | 通常勤務の日<br>(○で囲む)             | 月・火・水・木・金・土・日 |
| 勤務時間<br>(労働契約の時間) | 時 分 から 時 分までの 時間 (うち休憩 分)                                                                                                                                                                                   |                              |               |
| 雇用 (契約) 形態        | <input type="checkbox"/> 正社員 (常勤職員) <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> 非常勤・臨時職員<br><input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 内職請負・委託 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                              |               |
| 出産、育児等の休暇<br>の有無  | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>(令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで)                                                                                                                           |                              |               |
| 特記事項              |                                                                                                                                                                                                             |                              |               |

備考

- 1 雇用主の方が記入してください。
- 2 営業所や支店・所属の代表者で結構です。また、代表者印・社印のないものは無効です。
- 3 訂正箇所には代表者印が必要です。(金額は修正液等の使用は不可)
- 4 出産、育児等による産休・育休の場合は、期間の実績を記入してください。
- 5 勤務期間は、雇用証明に必要な期間を記入してください。

別記様式第 5 号（第 9 条関係）

今治市指令記号第 号

年 月 日

今治市看護師市内定着支援奨励金不交付決定通知書

住所

氏名 様

今治市長

年 月 日付をもって申請のありました今治市看護師市内定着支援奨励金については、今治市看護師市内定着支援奨励金交付要綱第 9 条により、次のとおり不交付を決定します。

記

1 不交付の理由等