様式第１号（第５条関係）

令和 　 年　　月　　日

喜多方市長　遠藤　忠一　様

　　　　　　　　　　（申請者）〒

　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

**喜多方市医師・看護師確保事業支援補助金交付申請書**

　喜多方市医師・看護師確保事業支援補助金交付要綱第５条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて補助金を申請します。

記

１　交付申請内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請額 | | 円  　　（月額　　　　　　　円×　　　　月） |
| 賃借物件名  又は住所 | |  |
| 勤務先 | 事業所名 |  |
| 所在地 |  |
| 職　　種 | 医師　　　　　看護師　　　　（どちらかに○印） |

○添付書類

　・住民票の写し（市の公簿等による確認に同意している者は除く）

　・賃貸借契約書の写し

　・勤務が確認できる書類（雇用通知書、身分証明書等）

２　同意事項

同意する場合は、下記の欄に署名してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 同意事項 | 申請者の署名 |
| 私は、私の住所地確認のため、担当者が市の住民基本台帳を閲覧することに同意します。 |  |