

喜多方市医師・看護師確保事業支援補助金交付要綱

(趣旨)

第1条 市内の不足している医師及び看護師の確保を図り、充実した医療体制を構築するため、この要綱の定めるところにより、予算の範囲内で喜多方市医師・看護師確保事業支援補助金(以下「補助金」という。)を交付する。

(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、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- (1) 医師とは、医師の国家資格を有し、歯科医師を除いた者をいう。
- (2) 看護師とは、看護師または准看護師の資格を有する者をいう。
- (3) 主たる生計維持者とは、同じ世帯内で最も収入が多い者をいう。

(対象者)

第3条 対象者は、次の各号全てに該当する者とする。

- (1) 令和4年4月1日以降に新たに市内医療機関に週30時間以上勤務し、市内に住所を有している医師または看護師であって、申請後、1年以上継続して勤務する予定の者
- (2) 市内に本人名義で住居を賃借して居住する(している)主たる生計維持者

(補助金の額)

第4条 補助金の額は、次に定める額を限度とし、同一者での申請は一度限りとする。

対象	回数等	補助金の額
住居賃借	12か月	賃借料の1/2 限度額2万8千円/月 1千円未満切捨て (家賃・管理費・駐車場代の合計金額を対象とする)

(交付申請)

第5条 補助金の交付を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、喜多方市医師・看護師確保事業支援補助金交付申請書(様式第1号)に、次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) 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)
- (2) 賃貸借契約書の写し
- (3) その他市長が必要と認める書類

(交付決定)

第6条 市長は、前条の規定による申請書等の提出があったときは、その内容を審査の上、補助金の交付の可否を決定し、その結果を喜多方市医師・看護師確保事業支援補助金交付(不交付)決定通知書(様式第2号)により、当該申請者に通知するものとする。

(変更等の承認の申請)

第7条 喜多方市医師・看護師確保事業支援補助金の交付決定を受けた者(以下「補助金交付対象者」という。)は、賃貸借住居等に変更があったときは、喜多方市医師・看護師確保事業支援補助金変更(中止・廃止)承認申請書(様式第3号)を市長に提出しなければならない。

(補助金の交付の請求)

第8条 補助金交付対象者は、6か月が経過すると、または6か月に満たない場合であつても3月分の賃借料支払い後に喜多方市医師・看護師確保事業支援補助金請求書(様式第4号)を市長に提出しなければならない。

(交付決定の取消し)

第9条 市長は、前条の規定により補助金の交付の決定を受けた者が次の各号のいずれかに該当したときは、補助金の交付の決定を取り消すことができる

- (1) 虚偽の申請により補助金の交付の決定を受けたとき
- (2) この要綱の規定に違反したとき
- (3) その他市長が適当でないと認めたとき

(補助金の返還)

第10条 市長は、補助金の交付を受けた者が次の各号のいずれかに該当したときは、補助金の全額または、一部を返還させるものとする。ただし、やむを得ない事情があると市長が認める場合は、この限りでない。

- (1) 前条の規定により補助金の交付の決定を取り消された場合
- (2) 交付申請日後1年を経過する日までに住民基本台帳法第15条の3に規定する転出(以下「転出」という。)した場合
- (3) 補助金の交付を受けた者が交付申請日後1年を経過する日までの間に離職をした場合

(実績報告)

第11条 補助金交付対象者は、第8条に規定する請求に合わせ、賃借料の支払い日から14日、または年度末のどちらか早い日までに次に掲げる書類を市長に提出しなければならない。

- (1) 喜多方市医師・看護師確保事業支援補助金実績報告書(様式第5号)
- (2) 賃借料を支払ったことがわかる書類の写し

(その他)

第12条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和7年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要綱の施行の前に交付決定を受けた者については、なお従前の例による。

令和 年 月 日

喜多方市長 遠藤 忠一 様

(申請者) 氏 名 住所 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。	

（令達先）

住 所

氏 名

令和 年 月 日付けで申請のあった喜多方市医師・看護師確保事業支援補助金については、喜多方市補助金等の交付に関する規則（平成18年喜多方市規則第48号）第5条第1項の規定により、金 円を交付します。（交付しないことを決定しました。）

令和 年 月 日

喜多方市長

（条 件）

- 1 補助事業の内容又は補助事業に要する経費の配分の変更をしようとする場合においては、速やかに市長の承認を受けること。
- 2 補助事業を中止し、又は廃止しようとする場合においては、速やかに市長の承認を受けること。
- 3 補助事業が予定の期間に完了しない場合又は補助事業の遂行が困難になった場合においては、速やかに市長に報告して指示を受けること。
- 4 補助事業の完了により当該補助事業者に相当の収益が生ずると認められた場合には、当該補助事業の交付の目的に反しない場合に限り、その交付した補助金の全部又は一部に相当する金額を市に納付すること。

令和 年 月 日

喜多方市長 遠藤 忠一 様

申請者 住 所

氏 名 ⑩

電話番号

喜多方市医師・看護師確保事業支援補助金
変更（中止・廃止）承認申請書

喜多方市補助金等の交付等に関する規則第8条の規定に基づき、変更（中止・廃止）について下記のとおり申請します。

記

1 補助金交付決定年月日及び番号
年 月 日 喜多方市指令 保第 号

2 変更（中止・廃止）の内容

変更後	変更前
円	円

3 変更（中止・廃止）を必要とする理由

令和 年 月 日

喜多方市長 遠藤 忠一 様

(申請者) 〳
住 所
氏 名 ⑩
電話番号

喜多方市医師・看護師確保事業支援補助金請求書

喜多方市医師・看護師確保事業支援補助金補助金交付要綱第8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請求します。

記

1 請求額

請求額	_____円
-----	--------

2 補助金交付決定年月日及び番号

_____年 月 日 喜多方市指令 保第 _____号

3 振込先

銀行・信用金庫・信用組合 ・農業協同組合・その他			本店 支店 支所
預金 種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

※口座名義人は、請求者氏名及び名称と同一にしてください。

※法人の場合は、法人名義の口座を記入してください。

※通帳のコピーを添付してください。（申請時に提出した場合は不要）

(申請者) 〇
住 所
氏 名
電話番号



- ・賃借料を支払ったことが分かる書類の写し（領収書、振込用紙、預金通帳等）