様式第１号（第５条関係）

　　年　　月　　日

　喜多方市長　様

（申請者）

　住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　印

電話番号

喜多方市常勤医師応援事業補助金交付申請書

喜多方市常勤医師応援事業補助金の交付を受けたいので、喜多方市常勤医師応援事業補助金交付要綱第５条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

１　交付申請額　　　金 １，０００，０００ 円

２　誓約事項

 誓約する場合、下表チェック欄にレ点を付けてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 誓約事項 | チェック欄 |
| (1)　常勤医師として５年以上継続して勤務する意思がある。 |  |
| (2) 常勤医師として勤務した日において、年齢が50歳以下である。 |  |
| (3)　常勤医師として令和６年４月１日以降に勤務し、かつ勤務した日から起算して１年を経過している。  |  |
| (4)　市内に住所を有している。 |  |
| (5)　市税の未納がない。 |  |
| (6)　喜多方市暴力団排除条例第２条の各号に規定する暴力団、暴力団員又は暴力団員等ではない。 |  |

３　添付書類

（1）常勤医師就労証明書（第２号様式）

（2）常勤医師であることが分かる書類（雇用契約書の写し）

（3）納税証明書（市の公簿等の確認に同意している者は除く）

（4）住民票の写し（市の公簿等の確認に同意している者は除く）

（5）その他市長が必要と認める書類

４　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。 |  |
| 私は、私の納税状況確認のため、担当者が市の納税状況を調査することに同意します。 |  |