【就学】

様式第1号の２(第5条関係)

令和　　　年　　　月　　　日

東通村長　殿

医療・福祉職子育て世帯移住支援金交付申請書

　東通村医療・福祉職子育て世帯移住支援事業実施要綱第５条の規定に基づき、支援金の交付を申請します。

１　申請者欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | |
| 氏名（自署） |  | 西暦　　　　年　　　月　　　日 | |
| 住所 | 〒　　　　－ | 電話  番号 |  |
| メールアドレス |  | | |

２　移住支援金の申請状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 同時に移住した家族の人数  （１の申請者は含まない） |  | ひとり親世帯  （該当する場合は〇を付けてください） |  |
| 上記家族の人数のうち  １８歳未満の者の人数 |  |

３　各種確認事項（該当する欄に〇を付けてください）※

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 別紙「医療・福祉職子育て世帯移住支援金の交付申請に関する誓約事項」に記載された内容について |  | 1. 誓約する |  | 1. 誓約しない |
| 別紙「医療・福祉職子育て世帯移住支援事業に係る個人情報の取扱い」に記載された内容について |  | 1. 同意する |  | 1. 同意しない |
| 申請日から５年以上継続して東通村に居住する意思について |  | 1. 意思がある |  | 1. 意思がない |
| 養育者の医療・福祉の資格の有無について※別途、新たに事業対象資格を取得しようとする場合は除く |  | 1. 事業対象資格を有していない |  | 1. 業務対象資格を有している |
| 資格取得の目的が、県内の医療機関又は福祉施設に勤務するためであるか |  | 1. 該当する |  | 1. 該当しない |
| 入学先が、保育士養成校、社会福祉士養成施設、介護福祉士養成施設等、県内の医療・福祉職の養成機関か |  | 1. 県内かつ医療・福祉職の養成機関である |  | 1. 該当しない |

* 各種確認事項のＢ．に〇を付けた場合は、支援金の支給対象となりません。

【就学】

４　転出元の住所

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 〒　　　－ |

備考　氏名は、署名してください。なお、本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

担当及び提出先：東通村企画課企画グループ

電　　　話　：０１７５-２２-２２６３

（提出資料）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 提出するもの | | 市町村確認欄 |
| a | 医療・福祉職子育て世帯移住支援金交付申請書（様式第１号） | 当該様式 |
| 医療・福祉職子育て世帯移住支援金の交付申請に関する誓約事項（様式第１号別紙） |  |
| b | 就学先の在学証明書 |  |
| c | マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証など（本人確認書類） |  |
| d | 転入後の住民票（①申請者と申請者の世帯員が同一世帯であること及び②申請者と申請者の世帯員が東通村に転入したことが分かる書類） |  |
| 転入前の住民票及び戸籍の附票（東通村に転入する前の居住期間及び居住地が分かる書類） |  |