

富岡町長 様

申請者 住 所  
氏 名  
連絡先

富岡町町医療従事者等人材確保支援金交付申請書兼請求書

富岡町医療従事者等人材確保支援金交付要綱第 6 条の規定により、次のとおり関係書類を添えて、申請及び請求します。

申請内容確認のために必要があるときは、町の所有する公簿により確認することに同意します。

富岡町医療従事者等人材確保支援金に関する報告及び立入調査について、富岡町から求められた場合には、申請日から 10 年以内はそれに応じることを誓約します。

交付申請額	円
支援金の種類 (該当区分に☑)	<input type="checkbox"/> 6か月支援金 ( 常勤 ・ 非常勤 ) <input type="checkbox"/> 18か月支援金 ( 常勤 ・ 非常勤 ) <input type="checkbox"/> 30か月支援金 ( 常勤 ・ 非常勤 ) <input type="checkbox"/> 42か月支援金 ( 常勤 ・ 非常勤 ) <input type="checkbox"/> 54か月支援金 ( 常勤 ・ 非常勤 ) <input type="checkbox"/> 66か月支援金 ( 常勤 ・ 非常勤 )
医療機関等名	
勤務時間	時間 / 週勤務
資格の種類	
就労日	年 月 日
添付書類	<input type="checkbox"/> 誓約書(様式第 2 号) <input type="checkbox"/> 就労証明書 (様式第 3 号) <input type="checkbox"/> 所有資格を確認できる書類 <input type="checkbox"/> 納税証明書 (1 月 1 日時点で町外に居住の場合)

振込先口座 (振込先口座は、申請者ご本人の口座情報を記入ください。)

金融機関	銀行	本店
	信用金庫	支店
	農協	出張所
		支所
口座番号	普通 当座	(フリガナ)
		口座名義人

