

別 記

第 1 号様式 (第 4 条)

栄町医療職・保育士転入者支援金支給申請書

年 月 日

栄町長 様

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号 ( )

医療職転入者支援金の支給を受けたいので、栄町医療職転入者支援金支給要綱第 4 条の規定により、次のとおり申請します。

支 給 申 請 額	円
-----------	---

資格名称	
勤務先の名称	
勤務先の住所	

- 添付書類 (1) 資格を有することを証する書類 (写し可)  
(2) 医療提供施設、社会福祉施設又は保育施設に勤務していることを証する書類 (写し可)  
(3) その他 ( )  
(4) 登記事項証明書、登記完了証その他の戸建住宅についての所有権を証する書類 (戸建住宅に居住する場合に限る。) (写し可)

同 意 書	
私達は、支援金の支給の可否の決定に当たり、栄町が保有する私達の住所及び世帯並びに町税の納付状況に関する情報について、栄町職員が調査することに同意します。	
申請者氏名	(電話番号 )
世帯員氏名	(電話番号 )
	(電話番号 )
	(電話番号 )
	(電話番号 )
	(電話番号 )

(注) 氏名は、自署又は記名押印してください。