

別 記

第 1 号様式（第 4 条第 1 項）

栄町医療等従事者転入支援金支給申請書

栄町長 様

年 月 日

申請者 住 所
氏 名
電話番号 ()

医療等従事者転入支援金の支給を受けたいので、栄町医療等従事者転入支援金支給要綱第 4 条第 1 項の規定により、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の写し
(2) 施設、事業所等に勤務していることを証する書類の写し
(3) 要綱第 2 条第 1 項第 5 号の規定による誓約を証する書類
(4) その他 ()
(5) 登記事項証明書、登記完了証等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 欄
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">申 請 者 氏 名 _____ 世 帯 員 氏 名 _____ _____ _____ _____</p> <p>(注) 氏名は、自署してください。</p>