様式第１号（第４条関係）

年　　月　　日

佐渡市長　　様

（申請者）　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

看護師緊急確保事業補助金交付申請書

　下記のとおり補助金の交付を受けたいので、佐渡市看護師緊急確保事業補助金交付要綱第４条の規定により下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設見学旅費 | 施設見学等滞在期間 | 年　　月　　日　～　　　月　　日 |
| 補助金交付申請額 | 円 |
| 面接旅費 | 面接日 | 年　　月　　日 |
| 補助金交付申請額 | 円 |
| 就業支度金  (新規・継続) | 就業開始日 | 年　　月　　日 |
| 補助金交付申請額 | 円 |

※１　施設見学旅費及び面接旅費については、対象施設が申請者となります。

※２　施設見学旅費については、旅費及び宿泊費を明らかにする領収書等の写しを、面接旅費については、旅費を明らかにする領収書等を添付してください。

※３　就業支度金については、宣誓書（様式第９号）を添付してください。

【施設記入欄】

|  |
| --- |
| 次の者については、佐渡市看護師緊急確保事業補助金交付要綱第２条第２号に該当する看護師であり、　　　　　年　　月　　日に（　施設見学　面接　雇入　）したことを証明します。  対象者　住　所  　　　　　氏　名  　　　　　　　　　　　　　　　年　月　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　㊞  　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先 |