

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

印

連 絡 先