

令和 年 月 日

(市町村長) 殿

医療・福祉職子育て世帯移住支援金交付申請書

青森県医療・福祉職子育て世帯移住支援事業実施要領の規定に基づき、支援金の交付を申請します。

1 申請者欄

フリガナ		生年月日	
氏名 (自署)		西暦 年 月 日	
住所	〒 -	電話 番号	
メールアドレス			

2 移住支援金の申請状況

同時に移住した家族の人数 (1の申請者は含まない)		ひとり親世帯 (該当する場合は○を付けてください)	
上記家族の人数のうち 18歳未満の者の人数		あおり移住支援金の支給の有無 (該当する場合は○を付けてください)	

3 各種確認事項 (該当する欄に○を付けてください) ※

別紙「医療・福祉職子育て世帯移住支援金の交付申請に関する誓約事項」に記載された内容について		A. 誓約する		B. 誓約しない
別紙「医療・福祉職子育て世帯移住支援事業に係る個人情報の取扱い」に記載された内容について		A. 同意する		B. 同意しない
申請日から5年以上継続して(〇〇市町村)に居住する意思について		A. 意思がある		B. 意思がない
職種について		A. 事業対象資格に基づく業務である		B. 事業対象資格に基づく業務でない
あおりジョブ、公共職業安定所、青森県ナースバンク、青森県福祉人材センター、青森県保育士人材バンク等の職業紹介を経ているか		A. 経ている		B. 経ていない
就業先の医療機関及び福祉施設等の代表者又は取締役等の経営を担う者との関係		A. 3親等以内の親族に該当しない		B. 3親等以内の親族に該当する
転勤、出向、出張、研修等による勤務地の変更ではなく、新規の雇用であるか		A. 新規の雇用である		B. 転勤、出向、出張、研修等による勤務地の変更である

※ 各種確認事項のB. に○を付けた場合は、支援金の支給対象となりません。

【就業】

4 転出元の住所

住所	〒 -
----	-----

備考 氏名は、署名してください。なお、本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

担当及び提出先：（〇〇市町村担当課）

電話：

(提出資料)

提出するもの		市町村確認欄
a	医療・福祉職子育て世帯移住支援金交付申請書（様式1）	当該様式
	医療・福祉職子育て世帯移住支援金の交付申請に関する誓約事項（様式1別紙）	
b	就業証明書（様式2）	
c	マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証など（本人確認書類）	
d	転入後の住民票（①申請者と申請者の世帯員が同一世帯であること及び②申請者と申請者の世帯員が市町村に転入したことが分かる書類）	
	転入前の住民票（県内の市町村に転入する前の居住期間及び居住地が分かる書類）	
	資格証、免許証や研修等の修了証の写し（事業対象資格を有することを証する書類）	
	職業紹介機関の求人票等（職業紹介機関の紹介を経て応募したことが分かる書類）	