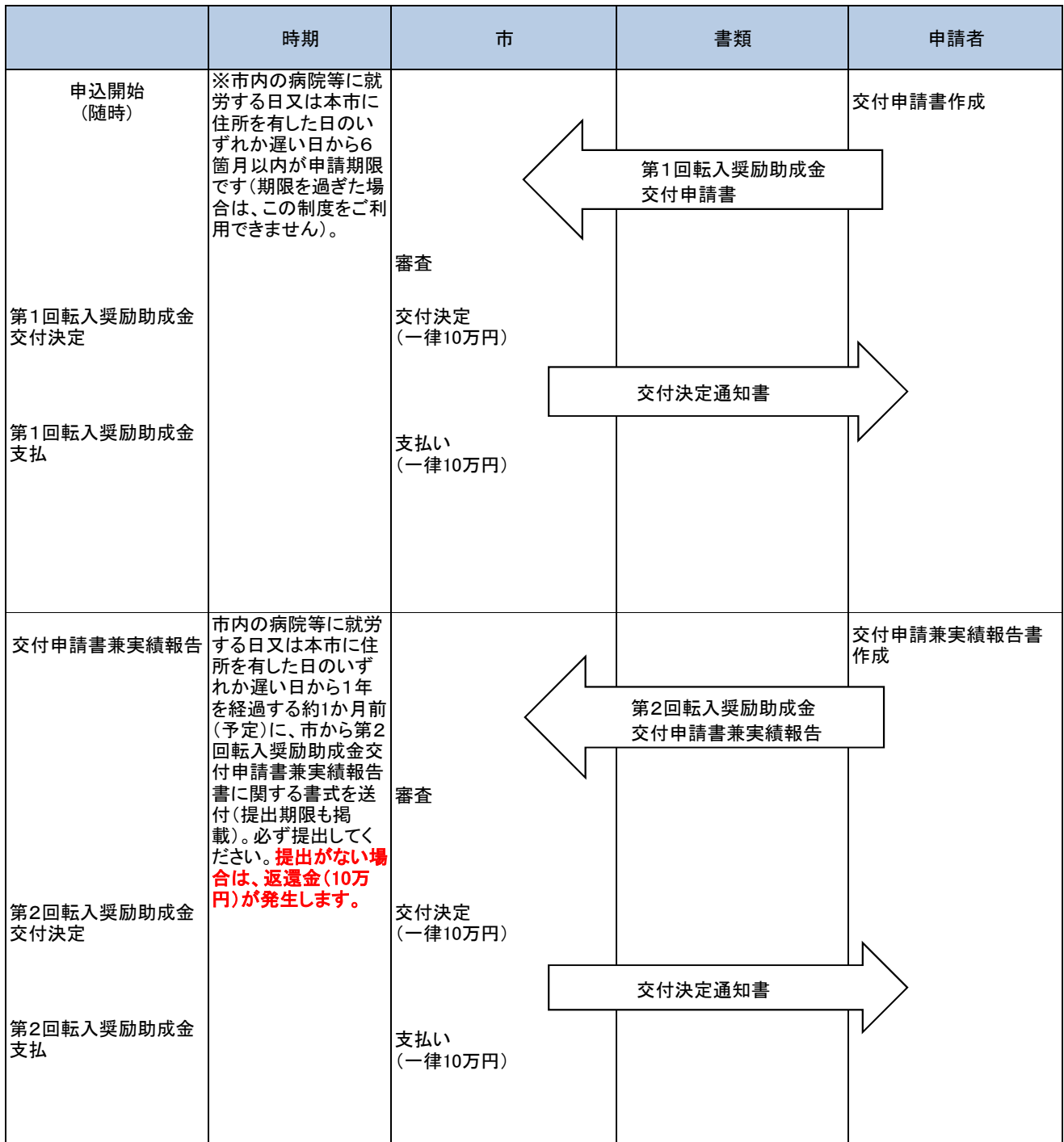


申請手続きの流れ



※1年以内に退職や転出をした場合は、助成金の返還(全額)が発生します。

【問い合わせ先】

〒243-0018
 神奈川県厚木市中町1-4-1
 保健福祉センター内
 厚木市役所 健康長寿推進課
 TEL 046-225-2174

様式第1号（第6条関係）

令和 年 月 日

（宛先）厚木市長

住 所 厚木市 _____

申請者 氏 名 _____

連絡先 _____

厚木市第1回転入奨励助成金交付申請書

厚木市看護職等転入奨励助成金交付要綱第6条の規定に基づき、次のとおり助成金を申請します。

1 交付申請額 100,000 円

2 添付書類

- (1) 住民票の写し（厚木市への転入日の記載があるもの）
- (2) 雇用証明書
- (3) 同意書その他市長が必要と認める書類

雇用証明書

（宛先）厚木市長

令和 年 月 日

事業者名	
事業者所在地	
代表者氏名	㊟
連絡先	

下記の者は、次のとおり在職していることを証明します。

氏名	
住所	厚木市
勤務先	
採用年月日	年 月 日
採用形態	1週間の勤務時間が1年を平均して30時間以上又は1月の勤務時間が120時間を超える勤務条件であり、市内の病院等を適用事業所とする社会保険の被保険者である。
職種	保健師・看護師・助産師・歯科衛生士・管理栄養士・調剤業務を行う薬剤師・介護福祉士・社会福祉士・精神保健福祉士・保育士・介護支援専門員・介護職員初任者研修修了者・介護職員実務者研修修了者・相談支援専門員・喀痰吸引等研修修了者（第1号、第2号、経過措置対象者）・ホームヘルパー1級・ホームヘルパー2級・居宅介護職員初任者研修修了者・障害者居宅介護従業者基礎研修修了者・重度訪問介護従業者養成研修修了者・同行援護従業者養成研修修了者・行動援護従業者養成研修修了者・（改正前）居宅介護従業者養成研修（1級、2級、3級）修了者・（旧）全身性障害者外出介護従業者養成研修修了者・（旧）視覚障害者外出介護従業者養成研修修了者・（旧）知的障害者外出介護従業者養成研修修了者

様式第7号（第8条関係）

（宛先）厚木市長

住 所 厚木市

申請者 氏 名

連絡先

厚木市看護職等転入奨励助成金交付請求書 兼 口座振替依頼書

令和 年 月 日付で交付決定のあった助成金について、厚木市看護職等転入奨励助成金交付要綱 第8条の規定に基づき、次のとおり、助成金の交付を請求します。

なお、この助成金は次の指定口座へお振込みください。

1 請求金額

¥	十	万	千	百	十	円
	1	0	0	0	0	0

ただし、第1回転入奨励助成金として

2 指定口座

振 込 先	銀行 金庫 組合 (○で囲んでください。)			支店 支所 出張所 (○で囲んでください。)							
	預金種類	1 普通 2 当座 (○で囲んでください。)	口座番号								
	(フリガナ)										
	(名義人氏名)										

同意書

（宛先）厚木市長

私は、厚木市看護職等転入奨励助成金交付要綱に係る助成金交付申請のため、次の事項について同意します。

同意事項

- ① 適正な事業実施のため、私の住民記録の登録について、市が確認することに同意します。
- ② 適正な事業実施のため、私の当該助成金制度の利用状況に関する情報について、市が勤務先に提供することに同意します。
- ③ 適正な事業実施のため、私の在籍状況について、市が勤務先へ確認することに同意します。

令和 年 月 日

住所 厚木市

氏名 印

（直筆で御署名ください。）