様式第１号（第５条関係）

小千谷市助産師就業補助金交付申請書

年　　月　　日

小千谷市長　あて

申請者　〒

住　　所

フリガナ

氏　　名

生年月日　　年　　月　　日

電話番号

小千谷市助産師就業補助金の交付を受けたいので、裏面の誓約事項に誓約の上、小千谷市助産師就業補助金交付要綱第５条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

併せて、交付対象者の要件を満たすことを確認するために必要な情報について、市が公簿で確認し、又は関係機関に照会することに同意します。

１　交付申請額	円	
２　住民登録日（転入者）	年　　月　　日	
３　就業開始日	年　　月　　日	
４　補助金振込口座 ※本人名義のもの	金融機関名	
	支店名	
	預金種目	普　通　　当　座
	口座番号	
	口座名義 （カナ）	

関係書類

１　助産師免許証の写し
２　就業証明書（様式第２号）
３　その他必要な書類

（裏面）

誓約事項

１　小千谷総合病院に就業した日から５年以上常勤助産師として勤務する意思を有しています。

２　（転入者の場合）本市に住民登録をした日から５年以上継続して居住する意思を有しています。

３　交付決定を受けた内容に変更があったときは、速やかに市長に届け出を行います。

４　小千谷市助産師就業補助金に関する報告又は調査を市長から求められた場合には、それに応じます。

５　小千谷市助産師就業補助金交付要綱第８条の規定により、小千谷市助産師就業補助金の返還を求められたときは、速やかに返還します。