

様式第 1 号(第 7 条関係)

第 号
年 月 日

国東市長 様

申請者 住 所
ふりがな
氏 名
生年月日
電話番号

年度国東市医療従事者就業移住支援金事業交付申請書

支援金の交付を受けたいので、国東市医療従事者就業移住支援金事業交付要綱第 7 条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

1 交付申請額及び交付回数

交付回数	回目	交付申請額合計	万円
内 訳		市外から移住した条件適合者	万円
		国見地域勤務地加算	万円

2 添付書類 (該当の番号に○をお願いします。)

- ① 誓約書(別紙 1)(初回申請のみ)
- ② 当事業就業証明書(様式第 2 号)
- ③ 写真付き身分証の写し(初回申請のみ)
- ④ 医療従事者の資格証の写し等(初回申請のみ)
- ⑤ 滞納が無いことを証する納税証明あるいは完納証明書
- ⑥ 本市以外の医療機関での勤務経験がわかる書類又は当事業就業証明書(様式第 3 号)(初回申請のみ)
- ⑦ その他市長が必要と認める書類