

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

白川町長 様

申請者 氏 名

住 所

電話番号

白川町医療従事者人材確保支援奨励金交付申請書兼請求書

白川町医療従事者人材確保支援奨励金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり申請（請求）します。なお、この申請に関して、私と私の同一世帯の住民登録状況及び町税等の納付状況を貴職が職権で調査することに同意します。

記

- 1 奨励金の種別 初回奨励金 有資格者加算 継続奨励金
- 2 勤務医療機関名
- 3 就職日 年 月 日
(正規職員への転換者にあつては当該転換の日)
- 4 交付申請額 金 円
- 5 奨励金の振り込み口座情報

銀行 信用金庫 信用組合 農 協	本店 支店 出張所	口座種別	口座番号
金融機関コード	店舗コード	普通預金	
		当座預金	
フリガナ			
口座名義人			

6 添付書類

<input type="checkbox"/> 初回奨励金及び有資格者加算の場合 雇用証明書（様式第2号） 資格証の写し（有資格者加算のみ） 就職確認書兼誓約書（様式第3号） 住民票の写し（町外在住者のみ） 居住地の完納証明書等（町外在住者のみ）	<input type="checkbox"/> 継続奨励金の場合 就労状況証明書（様式第4号） 居住地の完納証明書（町外在住者のみ）
---	---

雇用証明書

氏 名	(フリガナ)
就職年月日・期間	年 月 日 ～ 証 明 日 (年 月) (正規職員への転換者にあつては当該転換の日)
医療機関名称	
職 種	
雇用形態	<input type="checkbox"/> 正規職員（雇用期間の定めなし・フルタイム） <input type="checkbox"/> 非正規職員（週20時間以上勤務かつ正規職員以外の者）
<p>1. 上記の者は、正規職員又は非正規職員として在職しており、派遣労働者等これに属する就労者でないことを証明します。</p> <p>2. 上記の者は、就職した日（非正規から正規への転換者にあつては当該転換の日）の前日から起算して過去1年間当医療機関において正規職員として雇用された事実はなく、当医療機関内での配置転換又は出向による採用ではありません。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名（事業者） _____</p> <p>代 表 者</p> <p>電話番号</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>	

※医療機関ご担当者様

この証明書は、「白川町医療従事者人材確保支援奨励金」の交付申請書の添付書類です。申請者から依頼があつた場合は、証明をお願いします。

様式第3号（第5条関係）

就職確認書兼誓約書

白川町長 様

私は、白川町医療従事者人材確保支援奨励金の交付申請に当たり、以下の事項を誓約し、同意します。

1. 継続勤務の誓約 雇用開始日から少なくとも2年以上、継続して現在雇用されている医療機関に医療従事者として勤務することを誓約します。
2. 返還の同意 自己都合等により雇用開始日から2年未満で退職（他の医療機関への転職を含む）したときは、町長の発する返還命令に従い、奨励金の全部を速やかに返還します。
3. 不正受給の禁止 偽りその他不正の手段により奨励金を受給しません。万一、不正が判明した場合は直ちに全額を返還します。

年 月 日

申請者 氏 名
住 所
電 話

事業者報告欄

当医療機関は、上記申請者が就職日から2年以内に退職又は当医療機関内での配置転換等することが決定した場合は、速やかに白川町長へその旨を報告することを誓約します。

年 月 日

医療機関名 _____

代表者

印

電話番号

就労状況証明書

白川町長 様

下記のとおり職員の就労状況等を証明します。

記

氏 名	(フリガナ)
医療機関名称	
医療機関の所在地	
上記医療機関で就労を開始した日	年 月 日
就労の状況	<input type="checkbox"/> 現在も就労している <input type="checkbox"/> 既に、離職している (離職日： 年 月 日)
雇用の形態	<input type="checkbox"/> 正規職員である（雇用期間の定めなし・フルタイム） <input type="checkbox"/> 非正規職員である（週20時間以上勤務かつ正規職員以外の者） ※上記就労を開始した日と異なる場合はその開始日を記入 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 正規職員及び非正規職員ではない <input type="checkbox"/> 医療従事者ではない (ではなくなった日： 年 月 日)

※既に離職している場合は、離職日までの状況で記入すること。

令和 年 月 日

医療機関名



代表者

電話番号