様式第１号（第４条、第８条関係）

補助金等交付申請書(兼概算払申請書)

令和　　年　　月　　日

美幌町長　平　野　浩　司　様

　　　　 郵便番号

申請者　住　　所　美幌町字

氏　　名 　　　　　　　　　　㊞

　　　　 電話番号

　事業（事務）名　　令和　　年度　美幌町医療従事者就業支援等補助事業（就業支援補助）

上記の事業（事務）に関し補助金等の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

１　事業（事務）の目的及びその概要

　　　　看護師などの医療従事者不足の解消を図り、医療の安定的な確保に資するため

２　事業（事務）の着手及び完了の予定期日

着手　令和　　　年　　月　　日

完了　令和　　　年　　月　　日

３　補助金等交付申請額　　　金　　　　　　　円

４　添付書類

　雇用証明書、履歴書、誓約書兼同意書

５　概算払の希望の有無　　有・

６　概算払申請の理由

７　概算払を受けたい時期及び金額

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 概算払い希望時期 | 年月 | 年月 | 年月 | 合計 |
| 概算払い希望金額 | 円 | 円 | 円 | 円 |

８　口座振替払を希望する場合の振込先銀行等の名称及び口座番号等

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先銀行等の名称 | | | | 口座番号 | | 口座名義人 |
|  | 銀行信金農協 |  | 本店  支店 | 普通  当座 |  | ﾌﾘｶﾞﾅ |
| 氏名 |