

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 本店	普通 当座	フリガナ
信金 支店		氏名
農協		