

別記様式第1号（第7条関係）
（提出先）
足立区長

令和 年 月 日

所在地
医療機関名
代表者

潜在看護師人材確保支援金交付申請書

足立区潜在看護師人材確保支援事業要綱第7条の規定に基づき、下記のとおり支援金の交付を申請します。

記

- 1 交付申請額 金 _____ 円
- 2 支援上限数 _____ 名(病床数 _____ 床)※裏面の別表1を参照してください。
- 3 採用看護師

No.	採用看護師名	採用年月日	就労時間（週）	区使用欄
1		令和 年 月 日	時間以上	
2		令和 年 月 日	時間以上	
3		令和 年 月 日	時間以上	
4		令和 年 月 日	時間以上	
5		令和 年 月 日	時間以上	
採用人数 名 × 20万円		合計金額 万円		

【潜在看護師採用に係る経費】※支出する項目にチェックしてください

- ☐ 育成担当者の人件費等
☐ 実技・専門知識の研修費、教材費等
☐ 消耗・備品等の購入経費
☐ その他（ ）

潜在看護師を一名採用につき、上記項目の経費で20万円以上を支出しますので、支援金の申請をいたします。

⇒裏面へ

4 添付書類

- (1) 【採用看護師本人】「潜在看護師人材確保支援事業に係る情報提供同意書」(別記様式第3号)
- (2) 【採用看護師本人】看護師として勤務していた医療機関等を離職した日が確認できるもの。ただし、確認できる書類がない等の理由で提出が困難な場合は、別記様式第3号による宣誓をもってこれに代えることができる。
- (3) 【採用看護師本人】住民票(個人番号(マイナンバー)の記載がないものに限る。)その他公的機関が発行したもので、現住所を確認することができるもの。ただし、別記様式第3号による同意があった場合は、省略することができる。
- (4) 【申請医療機関】「請求書兼口座振替依頼書」(別記様式第2号)
- (5) 【申請医療機関】交付決定医療機関との雇用契約書の写し

別表

病床数	申請上限人数 (年度内)
200以上	5人まで
100～199	4人まで
50～99	3人まで
20～49	2人まで
0～19	1人まで

記入例

【採用時】医療機関→区

別記様式第1号（第7条関係）
（提出先）
足立区長

令和7年12月1日

所在地 足立区中央本町1-17-1
医療機関名 ○○病院
代表者 足立 太郎

潜在看護師人材確保支援金交付申請書

潜在看護師人材確保支援事業要綱第7条の規定に基づき、下記のとおり支援金の交付を申請します。

記

- 1 交付申請額 金 600,000 円
- 2 支援上限数 3名（病床数 60床）※裏面の別表1を参照してください。
- 3 採用看護師

No.	採用看護師名	採用年月日	就労時間（週）	区使用欄
1	足立 花子	令和7年4月1日	20時間以上	
2	足立 花男	令和7年11月1日	25時間以上	
3	足立 花実	令和7年11月1日	30時間以上	
4		令和 年 月 日	時間以上	
5		令和 年 月 日	時間以上	
採用人数		3名 × 20万円	合計金額	60万円

【潜在看護師採用に係る経費】※支出する項目にチェックしてください

- ☒ 育成担当者の人件費等
☒ 実技・専門知識の研修費、教材費等
☒ 消耗・備品等の購入経費
☐ その他（ ）

潜在看護師を一名採用につき、上記項目の経費で20万円以上を支出しますので、支援金の申請をいたします。

⇒裏面へ

4 添付書類

- (1) 【採用看護師本人】「潜在看護師人材確保支援事業に係る情報提供同意書」(別記様式第3号)
- (2) 【採用看護師本人】看護師として勤務していた医療機関等を離職した日が確認できるもの。ただし、確認できる書類がない等の理由で提出が困難な場合は、別記様式第3号による宣誓をもってこれに代えることができる。
- (3) 【採用看護師本人】住民票(個人番号(マイナンバー)の記載がないものに限る。)その他公的機関が発行したもので、現住所を確認することができるもの。ただし、別記様式第3号による同意があった場合は、省略することができる。
- (4) 【申請医療機関】「請求書兼口座振替依頼書」(別記様式第2号)
- (5) 【申請医療機関】交付決定医療機関との雇用契約書の写し

別表

病床数	申請上限人数 (年度内)
200以上	5人まで
100～199	4人まで
50～99	3人まで
20～49	2人まで
0～19	1人まで

別記様式第2号（第7条関係）

請求書兼口座振替依頼書¥ 円

（支払金の内容）

足立区潜在看護師人材確保支援事業の医療機関支給額

上記金額を請求します。なお、支払金額は下記の振込口座にお振込みください。

令和 年 月 日

（提出先）

足立区長

住所

医療機関名

代表者名

振込先金融機関		銀行 信用金庫 信用組合	支店
振込口座	預金種別	1 普通 2 当座 3 貯蓄 （○で囲む）	
	口座番号		
	フリガナ		
	氏名		

（ご注意）

※ 口座番号及び氏名は、振込依頼人の口座番号及び氏名を記載してください。

＊ 振込依頼人以外の口座に振り込むときは、別途、委任状が必要です。

別記様式第3号（第7条関係）

令和 年 月 日

（提出先）足立区長

潜在看護師人材確保支援事業に係る情報提供同意書

私（採用看護師）は、足立区潜在看護師人材確保支援事業に係る支援金の交付に必要な以下の情報を足立区に提供することを同意します。

採用年月日	令和 年 月 日
採用医療機関名	
同意日	令和 年 月 日
フリガナ	
氏名※	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
住所	〒 ー 足立区 電話番号 ()

※「氏名」欄は、必ず採用看護師本人が署名してください。

【採用看護師が医療機関に提出する書類（医療機関経由で区へ提出する書類）】

（１）「潜在看護師人材確保支援事業に係る情報提供同意書」（別記様式第3号）

（２）看護師として勤務していた医療機関等を離職した日が確認できるもの。

ただし、確認できる書類がない等の理由で提出が困難な場合は、下記の採用看護師本人による宣誓が必要です。

（３）住民票の写し（個人番号（マイナンバー）の記載がないものに限る。）その他公的機関が発行したもので、現住所を確認することができるもの。ただし、下記の採用看護師本人による同意があった場合は、住民票の写し等の添付を省略することができます。

（４）医療機関との雇用契約書の写し

上記（２）及び（３）の証明書等の提出ができない場合は、以下の該当項目にチェックを入れ、採用看護師本人の署名が必要です。

☐ 私は、看護師としての職を離職した日から起算して1年以上経過していることをここに宣誓します。

☐ 私は、上記に記載した住所を確認するため、足立区職員が足立区の住民基本台帳によりこれを確認することについて同意します。

本人署名