

【採用から1年経過時】

本人→医療機関→区

別記様式第5号（第12条関係）

令和 年 月 日

（提出先）

足立区長

足立区潜在看護師人材確保支援金交付申請書

私は、下記の医療機関に採用されてから1年以上就労し、足立区内に在住しているため、足立区潜在看護師人材確保支援事業要綱第12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

住 所	〒 ー 足立区 電話番号 ()
フリガナ	
氏 名	
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
就労医療機関 (医療機関記入欄)	医療機関名 住 所 〒 ー 足立区 代 表 者 電 話 番 号 () 代表者印

添付書類

- (1) 【本人】「請求書兼口座振替依頼書」（別記様式第6号）
- (2) 交付決定医療機関との雇用契約書の写し及び在籍証明書の写し

請求書兼口座振替依頼書

¥ . ー

（支払金の内容）

足立区潜在看護師人材確保支援事業の本人支給額

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。

（提出先）

足立区長

住所

氏名

振込先金融機関		銀 行 信用金庫 信用組合 農 協				本店 支店 出張所
振 込 口 座	預金種別	1 普通	2 当座	4 貯蓄	(○で囲む)	
	口座番号					
	フリガナ					
	名 義					

（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。

本書類の記載事項について、誤字、脱字等の軽微な訂正については、区役所職員が行うことに同意します。

氏名