第１号様式（第８条関係）

年　　月　　日

# 令和９年度越谷市看護師等就業支援助成金交付要望書

越谷市長　宛

越谷市看護師等就業支援助成金の交付を受けたいので、越谷市看護師等就業支援助成金交付要綱第８条の規定により、同意・誓約事項に同意及び誓約のうえ、関係書類を添えて要望します。

１　要望者

| | | | |
|---|---|---|---|
| （フリガナ） | | 生年月日 | |
| 氏　　名 | | 電話番号 | |
| 住　　所 | | | |

２　要望する助成金の種類

（要望する支援金の□に『レ』を記入。奨学金返還支援金については、要望金額を記入）

| | | |
|---|---|---|
| □　就業支援金<br>金２００，０００円 | □　市内転入支援金<br>金１００，０００円 | □　奨学金返還支援金<br>金　　円 |

３　勤務予定の市内医療機関等

| | |
|---|---|
| 医療機関等の名称 | |
| 医療機関等の所在地 | |
| 勤務開始の予定日 | |

４　勤務予定の市内医療機関等に勤務する以前の勤務先又は学校名

| | |
|---|---|
| 医療機関等の名称<br>又は学校名 | |
| 医療機関等の所在地<br>又は学校の所在地 | |
| 退職日又は免許取得日<br>（予定日） | |

５　【市内転入支援金を要望する場合】

| | | | |
|---|---|---|---|
| 市内転入基準日前の住所 | | 転入予定年月日 | |

６　【奨学金返還支援金を要望する場合】返還予定の奨学金

| | | | |
|---|---|---|---|
| 奨学金の名称 | | | |
| 返還予定総額 | | 次年度の年間返還予定額 | |
| 返還の期間 | | | |

７　同意・誓約事項

⑴　記載されている医療機関等、学校その他の機関等に記載内容について照会すること。
⑵　住所について、市が保有する公簿又は他の自治体への照会により確認すること。
⑶　要望する支援金について、越谷市看護師等就業支援助成金交付要綱第４条から第７条までの規定においてそれぞれ定める当該支援金の交付対象者に該当すること。