

令和 年 月 日

(市町村長) 殿

## 医療・福祉職子育て世帯移住支援金交付申請書

青森県医療・福祉職子育て世帯移住支援事業実施要領の規定に基づき、支援金の交付を申請します。

## 1 申請者欄

フリガナ		生年月日	
氏名(自署)		西暦 年 月 日	
住所	〒 -	電話番号	
メールアドレス			

## 2 移住支援金の申請状況

同時に移住した家族の人数 (1の申請者は含まない)		ひとり親世帯 (該当する場合は○を付けてください)	
上記家族の人数のうち 18歳未満の者の人数			

## 3 各種確認事項(該当する欄に○を付けてください)※

別紙「医療・福祉職子育て世帯移住支援金の交付申請に関する誓約事項」に記載された内容について		A. 誓約する	B. 誓約しない
別紙「医療・福祉職子育て世帯移住支援事業に係る個人情報の取扱い」に記載された内容について		A. 同意する	B. 同意しない
申請日から5年以上継続して(〇〇市町村)に居住する意思について		A. 意思がある	B. 意思がない
養育者の医療・福祉の資格の有無について※別途、新たに事業対象資格を取得しようとする場合は除く		A. 事業対象資格を有していない	B. 事業対象資格を有している
資格取得の目的が、県内の医療機関又は福祉施設に勤務するためであるか		A. 該当する	B. 該当しない
入学先が、保育士養成校、社会福祉士養成施設、介護福祉士養成施設等、県内の医療・福祉職の養成機関か		A. 県内かつ医療・福祉職の養成機関である	B. 該当しない

※ 各種確認事項のB. に○を付けた場合は、支援金の支給対象となりません。

## 【就学】

### 4 転出元の住所

住所	〒 -
----	-----

備考 氏名は、署名してください。なお、本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

担当及び提出先：（〇〇市町村担当課）

電話：

-----  
(提出資料)

提出するもの		市町村確認欄
a	医療・福祉職子育て世帯移住支援金交付申請書（様式1）	当該様式
	医療・福祉職子育て世帯移住支援金の交付申請に関する誓約事項（様式1別紙）	
b	就学先の在学証明書	
c	マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証など（本人確認書類）	
d	転入後の住民票（①申請者と申請者の世帯員が同一世帯であること及び②申請者と申請者の世帯員が市町村に転入したことが分かる書類）	
	転入前の住民票（県内の市町村に転入する前の居住期間及び居住地が分かる書類）	