

つがる市長

医療・福祉職子育て世帯移住支援金交付申請書

つがる市医療・福祉職子育て世帯移住支援事業実施要綱の規定に基づき、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年以上継続してつがる市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、青森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、青森県内の医療・福祉職の養成機関か		A. 青森県内かつ医療・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：

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（様式第1号の2）	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（様式第1号の2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つがる市に転入したことが分かる書類）	
	転入前の住民票（つがる市に転入する前の居住期間及び居住地が分かる書類）	