様式第１号（第5条関係）

　令和　　年　　月　　日

　真室川町長　殿

（申請者）

住所

氏名

（電話番号　　　　　　　　　　　　　）

看護師就業体験補助金交付申請書（兼実績報告書）

令和5年度真室川町看護師就業体験補助金交付要綱に基づいて、就業体験補助金交付の関係書類を添付して申請します。

記

１　申請額　　　　　　　 金　　　　　　　　　　円 （下表中２⑧の額）

２　申請額積算基礎

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 実際に要した交通費等の額（領収書等の合計金額）

なお、自家用車の場合は、最短経路の距離１㎞（１㎞未満切り捨て）につき28円とする。 | 円 |
| 1. 就業体験施設から同一の交通費及び宿泊費を対象に助成を受ける時は、その合計金額（予定額）
 | 円 |
| 1. ①－②
 | 円 |
| 1. ③×1／2（100円未満切り捨て）
 | 円 |
| 1. ④と19,200円で比較したいずれか低い金額
 | 円 |
| 1. 山形県から同一の交通費及び宿泊費を対象に助成を受ける時は、その合計金額（予定額）
 | 円 |
| 1. 補助金調整額（⑤＋⑥－③）

（マイナスの場合は、「0円」と記入） | 円 |
| 1. 交付申請額（⑤－⑦）
 |  |

３　経路

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 年 月 日 | 往路・復路の別 | 公共交通機関 | 経路（駅又は空港等） | 備 考 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

４　宿泊

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年 月 日 | 宿泊施設名 | 住所 | 備 考 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

５　採用面接の選考結果

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 合 | 否 | 採用面接を受けた方のみ、該当する事項を○で囲んでください |

※事業の効果を把握するため、就職状況の確認させていただく場合があります。

６　添付書類

(1)　就業体験（インターンシップ）実施証明書（様式第2号）

(2)　申請者が支出した経費の領収書の原本、又は支払いを証明できるもの

７　助成金振込先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 本支店名 |  |
| 預金種別 | 普通　　・　　当座 |
| （フリガナ） |  |
| 口座名義人 |  |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  | （左詰で記入してください） |

※記載内容に誤りがあると助成金が振り込まれませんので、正確な記載をお願いします。

※振込先口座に係る通帳の見開き部分の写しなど上記内容が確認できるものを添付してください。

|  |
| --- |
| 【領収書等添付欄】 |

※申請者と補助金振込先の口座名義人が異なる場合は、委任状を添付してください。

様式第2号（第5条関係）

看護師就業体験補助金事業に係る

就業体験（インターンシップ）実施証明書

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者氏名 |  |
| 就業体験期間 | 令和　　年　　月　　日～　　年　　月　　日 |
| 就業体験地 | 住　所 |  |
| 施設名 |  |
| 旅費助成の有無 | 有　　　・　　　無 |
| 旅費助成額（予定額） | 円 |

　上記について、就業体験を実施したことを証明する。

令和　　年　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

真室川町長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　（担当窓口）

|  |  |
| --- | --- |
| 担当課 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |