

箕面市補助金交付申請書

(宛先)箕面市病院事業管理者

申請者 住 所
氏 名
(団体の場合はその名称及び代表者の氏名)

令和 年度箕面市看護師等確保対策就職支度補助金の交付を受けたいので、箕面市補助金交付規則第4条の規定により、下記のとおり申請します。

記

1 補助事業の名称	箕面市看護師等確保対策生活支援補助金
2 補助事業の目的	
3 補助事業の内容	
4 交付申請額	月額70,000円
5 補助事業の経費の配分	(1) 全体事業費 円 (2) 補助対象事業費 円 (3) 補助率
6 補助事業の完了予定期日	年 月 日 (*採用月から36ヶ月間。ただし、令和6年10月1日から令和7年3月31日までに採用されたかたは令和7年4月から36ヶ月間とする)
7 補助事業の遂行に関する計画	
8 補助事業の効果	
9 添付書類	<input type="checkbox"/> 法人に正規職員の看護師等として在職していることを証する書類 <input type="checkbox"/> 管理者が定める同意書 <input type="checkbox"/> 住民票の写し又は戸籍の附票(採用日の属する月の翌々月の月末までに提出)