

柏崎市看護師就職助成金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

柏崎市長 様

〒

申請者 住 所
氏 名
電話番号

年度において、柏崎市看護師就職助成金の交付を受けたいので、新潟県柏崎市看護師就職助成金交付要綱第4条の規定により関係書類を添えて申請します。

(フリガナ)				生年	年	月	日生
申請者の氏名				月日	(歳)	
交付申請額	(20 . 30)			万円			
転 入 日	年 月 日						
勤務する又は 勤務した 病院の状況	名 称						
	就職年月日	年 月 日					
直近の勤務先 又は就学先の 状 況	名 称						
	所在地						
	離職又は 卒業年月	年 月					
交付金の 振込口座	金融機関名			支店名			
	種別	普通	口座番号	名義人		カタカナで記入(本人口座)	

私は、申請者が新潟県柏崎市看護師就職助成金交付要綱の第8条の規定により助成金を返還する場合は、その連帯保証人となることに同意いたします。

連帯 保証人	住 所						
	氏名				⑨	続柄	
	生年月日	年 月 日 (歳)					
	連絡先 電話番号	(市外局番から記載してください)					

【添付書類】

- 申請者の住民票（本籍が記載されているもの）
- 申請者の柏崎市市税完納証明書又は滞納がない旨の申出書
- 申請者の看護師免許の写し
- 雇用契約証明又は雇用期間及び勤務条件の分かる病院の雇用契約書等
- 連帯保証人の印鑑証明書、所得証明書
- 振込口座が確認できる通帳又はキャッシュカードの写し