

第1号様式  
(第6条関係)

いわき市フラシティ・ナース移住支援金交付申請書

いわき市長 様

住所  
申請者  
氏名

年度	補助金等の名称	
令和 8 年度	いわき市フラシティ・ナース移住支援金	
フリガナ 申請者の氏名		
支 援 金 額	300,000 円	
転 入 日	令和 年 月 日	
勤務する又は 勤務した 病院の状況	所 在 地	
	名 称	
	就職年月日	令和 年 月 日
直近の勤務先 又は就学先の 状 況	所 在 地	
	名 称	
	離職又は 卒業年月日	令和 年 月 日
担当者所見（申請者は記入しないでください。）		

# 就業証明書（いわき市フラシティ・ナース移住支援金の申請用）

下記のとおり相違ないことを証明します。

## 1 勤務者名

フリガナ	
氏名	
生年月日	年 月 日

## 2 就業条件等

就業日	令和 年 月 日
勤務地	所在地を記載してください。
就業条件	該当する場合はチェックを付けてください。※1 <input type="checkbox"/> 1週間32時間、1月128時間以上の勤務である <input type="checkbox"/> 当該職員が3年以上継続して勤務することが可能である。※2
その他	該当する場合はチェックを付けてください。※1 <input type="checkbox"/> 系列病院等からの人事異動による就職ではない

※1 フラシティ・ナース移住支援金の受給要件となる項目のため、チェックのない場合は対象外になります。

※2 本証明は、現時点における雇用契約の内容及び本人の勤務意思等を踏まえ、3年以上の継続勤務が見込まれると判断したものであり、当該期間の雇用を保証するものではありません。

令和 年 月 日

所在地  
事業者名  
代表者名  
電話番号  
担当者

印

-----  
(以下は、申請者が記載してください。)

上記病院への就業を3年以上継続し、フラシティ・ナース移住支援金を申請いたします。

申請者氏名：