

いわき市フラシティ・ナース移住支援金交付申請書

令和 年 月 日

いわき市長 様

住所

申請者 氏名

連絡先（電話番号）

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。
採用職種	該当する方へチェックを付けてください。※1 ☐ 看護師 ☐ 准看護師
就業条件	該当する場合はチェックを付けてください。※2 ☐ 1週間32時間、1月128時間以上の勤務である ☐ 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。※3
その他	該当する場合はチェックを付けてください。※2 ☐ 系列病院等からの人事異動による就職ではない

※1 看護師・准看護師免許を有する方であっても、看護師・准看護師として採用される方以外は対象外になります。

※2 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。

※3 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 印
電話番号
担当者

（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：