

新見市看護師定着奨励金給付申請書兼請求書

年 月 日

新見市長 様

(奨励金受給者)

住 所

氏 名

電話番号

新見市看護師定着奨励金給付要綱第7条第1項の規定により奨励金の給付を受けたいので、下記のとおり申請及び請求します。

記

給付申請 ・請求額	100,000円
勤務年数	雇用開始日から給付休止期間を除き 年
勤務する 医療機関 等の名称	
雇用開始日	年 月 日

(添付書類)

・勤務証明書

【受取口座記入欄】

振込先 金融機関名	銀行 金庫 農協	支店名	支店 出張所
預金種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義			