

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

糸魚川市長 様

糸魚川市看護師等職場体験支援事業補助金交付申請書兼実績報告書

糸魚川市看護師等職場体験支援事業補助金交付要綱第5条の規定により、次のとおり補助金の交付を申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			(年齢 歳※申請日現在)
	現住所	〒 ー		
	電話番号			
	E-mail			
補助申請額	合 計 (A + B) 円			
	交通費 (A) 円	下記の①、②又は補助限度額 15,000 円のいずれか低い額を記載すること。(千円未満切捨て) ※糸魚川市までの往復 1 回にかかる交通費 (補助率 1/2) (公共交通機関等の運賃、高速道路使用料、私有車の燃料費)		
	宿泊費 (B) 円	※下記③の額を記載 (千円未満切捨て) ※1 泊当たりの補助限度額 5,000 円 3 泊まで (前泊可) (補助率 1/2)		
交通費 (公共交通機関等の運賃、 高速道路使用料)	①実支出額 円	左記の交通の経路及び算出根拠	円 × 1/2 = 円	
	②往復に係る最も経済的な経路で算出 円	左記の交通の経路及び算出根拠	※私有車ガソリン代は 1km25 円で計算 円 × 1/2 = 円	
宿泊費	③合計 (a+b+c) 円	(a) (b) (c) 各欄の金額と 1 泊当たりの補助限度額 5,000 円のいずれか低い額を合計し記載すること。		
		(a) 1 泊目 (実費額) 円 × 1/2 = 円		
		(b) 2 泊目 (実費額) 円 × 1/2 = 円		
		(c) 3 泊目 (実費額) 円 × 1/2 = 円		
補助金の交付先	金融機関名	(支店名等)		
	口座番号	普通・当座		
	口座名義人	(フリガナ)		

【添付書類】

- 糸魚川市看護師等職場体験支援事業実施報告書 (様式第2号)
- 大学生等にあつては、学生であることを証する書類 (学生証等の写しなど)
- 補助対象経費の内容を確認できる領収書等で、発行者が明確に確認できるもの
- 交通費を支払ったことを証明できる書類の写し又は最も経済的な経路で算出した資料
- その他市長が必要と認める書類

【暴力団員等ではないことの誓約】

私又は私の家族は、糸魚川市補助金等交付規則第4条第3項に規定する暴力団員等ではありません。