

大和郡山市長 様

大和郡山市地域の絆応援助成金交付申請書

大和郡山市地域の絆応援助成金の交付を受けたいので、大和郡山市地域の絆応援助成金条例施行規則第 5 条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	(ふりがな) 氏 名	印
	生年月日	平成 年 月 日 生まれ (満 才)
	住 所	大和郡山市
	電話番号	
助成金申請額	円	
奨学金の名称		
奨学金の返還期間	年 月 ～ 年 月	
助成金申請年度	基準年度 第 2 年度 第 3 年度 第 4 年度	
助成対象期間	年 月 ～ 年 月	
添付書類	(1) 奨学金等貸与機関が発行する奨学金等の貸与を証する書類の写し (2) 助成対象期間における奨学金の返還額が確認できる書類の写し (預金通帳・領収書等の写し) (3) 奨学金等の全体の返還計画を確認することができる書類の写し (4) 次のア、イのいずれかの書類 ア【条例第 4 条第 1 項第 6 号ア該当者（中小企業勤務者）】 ・事業所等から交付される労働条件通知書又は就労証明書（様式第 2 号） ・会社概要がわかる書類（様式第 3 号） イ【条例第 4 条第 1 項第 6 号イ該当者（専門資格者）】 ・事業所等から交付される労働条件通知書又は就労証明書（様式第 4 号） ・資格の取得を証するものの写し (5) 定住誓約書（様式第 5 号） (6) 市税等納入状況等確認承諾書（様式第 6 号） (7) その他市長が必要と認める書類	
誓約	大和郡山市地域の絆応援助成金条例第 4 条第 5 号の規定による、本市以外の奨学金にかかる補助制度の適用を受けていないこと、また、今後受けることがないことを誓約します。	

※助成金申請額は、別に定める助成額計算表を参考に記入してください。

※助成対象期間は、助成対象となる始期の月から終期の月まで（36 ヶ月間）を記入してください。

就労証明書（中小企業勤務者用）

大和郡山市長 殿

事業所等 所在地 _____
事業所等 名 称 _____
代表者 氏 名 _____ 印
電話番号 _____

次の者が、在職していることを証明する。

氏名		
住所	大和郡山市	
就労年月日	令和 年 月 日	
勤務先の名称・ 所在地	<input type="checkbox"/> 上記事業所等と同じ	
	※上記と異なる場合は、次に記載してください	
	名 称	
	所在地	
	電話番号	
雇用形態	<input type="checkbox"/> 正規雇用（健康保険制度 労働者災害補償制度 雇用保険制度 いずれも加入） <input type="checkbox"/> 上記以外の雇用	
職務内容		

注意事項

1. この書類は、大和郡山市地域の絆応援助成金の交付申請に当たり、申請者の就労状況について証明するものです。
2. 正規雇用とは、健康保険制度、雇用保険制度、労働者災害補償制度のいずれにも加入している雇用形態をいいます。
3. 中小企業基本法に定める中小企業者等で、かつ、本市内に本社機能を有することを確認するため、会社概要（様式第3号）を提出してください。
4. 就労状況等について、現地確認、記入内容等について問い合わせをさせていただく場合がありますので、ご協力の程、よろしく願いいたします。
5. ご不明な点がございましたら、お手数ですが、大和郡山市役所総務部企画政策課（0743-53-1151 内線 241）までお問い合わせください。

様式第3号（第5条関係）

年 月 日

大和郡山市長 殿

事業所等 所在地 _____
事業所等 名 称 _____
代表者 氏 名 _____ 印

会社概要	
会社名	
本社所在地	
事業内容	
設立年月日	
代表者	
資本金	
従業員数	

就労証明書（専門資格者用）

大和郡山市長 殿

事業所等 所在地 _____
 事業所等 名 称 _____
 代表者 氏 名 _____ 印
 電話番号 _____

次の者が、在職していることを証明する。

氏名		
住所	大和郡山市	
就労年月日	令和 年 月 日	
勤務先の名称・ 所在地	<input type="checkbox"/> 上記事業所等と同じ	
	※上記と異なる場合は、次に記載してください	
	名 称	
	所在地	大和郡山市
	電話番号	
雇用形態	<input type="checkbox"/> 正規雇用（健康保険制度 労働者災害補償制度 雇用保険制度 いずれも加入） <input type="checkbox"/> 上記以外の雇用	
所有資格	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 幼稚園教諭 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 視能訓練士 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> 義肢装具士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 手話通訳士	
職務内容		

注意事項

- この書類は、大和郡山市地域の絆応援助成金の交付申請に当たり、申請者の就労状況について証明するものです。
- 正規雇用とは、健康保険制度（医師国保等を含む。）、労働者災害補償制度、雇用保険制度のいずれにも加入している雇用形態をいいます。
- 所有資格を証明する書類の写しを添付してください。
- 職務内容の欄には、保有資格に基づく業務に従事していることがわかるように記入してください。
- 就労状況等について、現地確認、記入内容等について問い合わせをさせていただく場合がありますので、ご協力の程、よろしくお願いいたします。
- ご不明な点がございましたら、お手数ですが、大和郡山市役所総務部企画政策課（0743-53-1151 内線 241）までお問い合わせください。

様式第5号（第5条関係）

定住誓約書

年 月 日

大和郡山市長 様

申請者 住所

氏名

私は、大和郡山市民の一員として定住の意思をもって今後5年以上大和郡山市に居住します。また、大和郡山市地域の絆応援助成金条例第7条各号のいずれかに該当することとなったときは、同条の規定より、交付を受けた助成金を返還します。

様式第6号（第5条関係）

市税等納入状況等確認承諾書

年 月 日

大和郡山市長 様

申請者 住所

氏名

私は、大和郡山市地域の絆応援助成金条例の規定による、助成金の交付及び定住状況等の確認に際し、申請者及び世帯員の税等に関する納入状況及び住民基本台帳を担当職員が確認することを承諾します。