（様式第１号）

令和６年度山形県最上地域お試しＵＩＪターン旅費支援事業費補助金事業実績書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | （フリガナ）氏名 |  | 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日　（　　　　）歳 |
| 現住所 |  |
| 電話番号 |  | メールアドレス |  |
| インターン内容 | 施設名 |  |
| 施設住所 |  |
| 期間 | 開始日：　　　年　　月　　日 | 終了日：　　　年　　月　　日 |
| 確認事項 | 以下の項目について相違がないことを確認し、チェック☑を付けてください。 |
| 以下のいずれかに該当する。①山形県外に居住している、看護師又は准看護師の資格を有している者②日本国内に居住する者で、看護師等学校養成所に在学する者 | □ |
| この補助以外には助成を受けていません。（市町村助成は除く） | □ |
| 暴力団員又は暴力団員でなくなった日から５年を経過しない者ではありません。 | □ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 交付申請額 | A　交付要綱別表第１・２の居住地に応じた補助額を記入 | 円 |
| B　実際に要した宿泊費の額と9,800円のうち、いずれか低い額 | 円 |
| C　（A＋B）×１／２（100円未満切り捨て）と　　19,200円のうち、いずれか低い額 | 金　　　　　　　　　　円 |

（注）交付額は、予算の範囲内での交付となり、申請額どおりの交付ができない場合があり

ます。

【個人情報の取扱い】お預かりした個人情報は、補助業務及び実習等の後のｱﾝｹｰﾄにのみ利用し、山形県において管理いたします。

後日、県から、施設等へ実習の確認や申請者へ県内就職の有無について連絡をする場合があります。

―――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――

【インターン先施設記入欄】

　※　以下の項目はインターン先の医療機関・介護福祉施設等でご記入ください。

上記の者については、当施設においてインターン等を実施した者であることを証明します。

　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 施設住所 |  |
| 施設名称 |  |
| インターン期間 |  |
| 証明者　職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |

|  |
| --- |
| 【貼付欄】宿泊費の領収書の写しを貼り付けてください。 |