

令和 年 月 日

同居近居促進補助金・子育て支援補助金・移住促進補助金
医療介護従事者移住定住促進補助金交付申請書

砂川市長 様

〒 _____
住 所 _____
ふりがな _____
申請者 氏 名 _____ 印
電 話 _____

砂川市住み替え支援事業補助金交付要綱第11条、第16、第21条、第22条の5の規定により、補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

なお、住民情報及び納税情報について、住民基本台帳及び課税台帳等名簿を参照することに同意します。

建物の所在	(住居表示)		
用 途	<input type="checkbox"/> 一戸建ての住宅	<input type="checkbox"/> 併用住宅	<input type="checkbox"/> 新築 <input type="checkbox"/> 購入
備 考			

《補助金の該当》

同居近居促進 促進補助金	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(近居の場合：親世帯または子世帯の住所) 砂川市
-----------------	---	-----------------------------

子育て支援 補助金	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	補助の対象となる子ども人数.....人
--------------	---	---------------------

移住促進 促進補助金	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	令和 年 月 日 転入済
---------------	---	--------------

医療介護従事者 移住定住促進補助金	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	事業所名・施設名称 ()
----------------------	---	------------------