

年 月 日

石井町長 殿

石井町移住支援事業補助金交付申請書

石井町移住支援事業補助金交付要綱第4条の規定に基づき、移住支援金の交付を申請します。

1. 申請者欄

ふりがな		性別	生年月日
氏名			年 月 日
住所	〒	電話番号	
メールアドレス			

2. 移住支援金の内容（該当する欄に○を付けてください）

単身・世帯		単身		世帯	世帯の場合は同時に移住した家族の人数（1の申請者は含まない）	人
移住支援金の種類		就業		起業	上記家族の人数のうち18歳未満の者の人数	人
		テレワーク		関係人口		

3. 確認事項（該当する欄に○を付けてください）※

申請日から5年以上継続して、石井町に居住する意思について	A. 意思がある	B. 意思がない
（就業・起業の場合のみ記載）申請日から5年以上継続して、就業・起業する意思について	A. 意思がある	B. 意思がない
（就業の場合のみ記載）就業先の法人の代表者又は取締役などの経営を担う者との関係	A. 3親等以内の親族に該当しない	B. 3親等以内の親族に該当する
（テレワークの場合のみ記載）石井町への移住の意思について	A. 自分の意志である	B. 所属からの命令である
（テレワークの場合のみ記載）週20時間以上テレワークを実施することについて	A. 実施する予定である	B. 実施する予定はない
「医師・看護職員を対象とした移住支援金」の支給について	A. 受けていない又は受ける予定がない	B. 受けている又は受ける予定がある

※ 確認事項のB.に○を付けた場合は、移住支援金の支給対象となりません。

4. 転出元の住所

住所	〒
----	---

5. (東京 23 区の在勤者に該当する場合のみ記載) 東京 23 区への在勤履歴

期間（年月日～年月日）	就業先名称	就業先所在地

6. (テレワークによる移住者のみ記載) 転出後の生活状況

勤務先部署	
住所	〒
勤務先へ行く頻度	週・月・年 回程度 ／ 行くことはない ／その他 ()