

年 月 日

石井町長 殿

石井町移住支援事業プラス補助金交付申請書

石井町移住支援事業プラス補助金交付要綱第5条の規定に基づき、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. 支援金の内容（該当する方に□を付けてください）

移住支援金 単身：30万円/世帯 複数人世帯：50万円/世帯

（18歳未満の世帯員を帯同している場合は、18歳未満の者1人当たり50万円加算）

（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		

就職応援金 30万円/人

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. 大阪圏内の事業所等への通勤履歴

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（ ）