

みよし市産後ドゥーラ資格取得助成金交付申請書

年 月 日

みよし市長 様

申請者 住 所
(受講者)
氏 名
電話番号

みよし市産後ドゥーラ資格取得助成金交付要綱第6条の規定に基づき、次のとおり誓約・同意の上、関係書類を添えて申請します。

受講期間	年 月 日から		年 月 日まで			
助成対象経費×1/2【A】			助成限度額【B】			
円			200,000円			
助成金交付申請額【A, B どちらか少ない額】				円		
振 込 先	銀行・農協 信用金庫		本店 支店			
	普通・当座	口座番号				
	口座名義人（カタカナ）					

※次の事項を確認し、チェック欄に✓を入れてください。

<input type="checkbox"/> 助成金の交付対象者である要件に該当することを審査するため、公簿等によって住民基本台帳及び市税の納付状況を確認することに同意します。 <input type="checkbox"/> 本助成を受けた場合、3年間は産後ドゥーラとして市の母子保健事業に従事します。 <p style="text-align: center;">開始（予定）日 _____</p> <input type="checkbox"/> 偽りその他不正行為により助成金の交付を受けた場合又は交付対象者の要件に該当しなくなった場合には、交付を受けた助成金を返還することに同意します。 <input type="checkbox"/> 他の機関等から当該助成対象経費について助成を受けたことはありません。

添付書類 次のものを添付して提出してください。

- 1 認定書の写し
- 2 助成対象経費の支払を証明する書類