様式第７号の１（第１２条関係）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【就業】

　　年　　月　　日

五所川原市長

　　　　住所

　　　　氏名

医療・福祉職子育て世帯移住支援金返還免除申請書

　五所川原市医療・福祉職子育て世帯移住支援金交付要綱第１２条第１項の規定に基づき、下記のとおり移住支援金の返還免除を申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 返還対象要件（該当項目にレ点） | 全額の返還 |
| □　支援金の申請日から３年未満に県外に転出した場合□　支援金の申請日から１年未満に当該支援金の要件を満たす職を退いた場合□　その他県知事及び市長が全額の返還が適当であると認めた場合

|  |
| --- |
|  |

あ |
| 半額の返還 |
| □　支援金の申請日から３年以上５年以内に県外に転出した場合□　支援金の申請日から１年以上３年以内に当該支援金の要件を満たす職を退いた場合　□　その他県知事及び市長が半額の返還が適当であると認めた場合

|  |
| --- |
|  |

　 |
| 返還免除申請額 | 　円 |
| 返還免除申請理由（該当項目にレ点） | □　雇用企業の倒産等の事業主都合による離職□　災害による転居・離職□　病気による転居・離職□　その他

|  |
| --- |
|  |

　　 |

【添付書類】

　免除理由を証明できる書類