

様式第1号（第5条関係）

令和7年度砥部町歯科衛生士就職祝金交付申請書兼請求書

年 月 日

砥部町長 様

申請・請求者 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ (印)  
電話番号 \_\_\_\_\_

令和7年度砥部町歯科衛生士就職祝金の交付を受けたいので、令和7年度砥部町歯科衛生士就職祝金交付要綱第5条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

また、同要綱第6条の規定により、祝金の交付が決定された場合は、次の金融機関の口座への振込みを請求します。

- 1 交付申請額 金 120,000 円
- 2 交付対象区分 就職時 ・ 2年目 ・ 3年目
- 3 雇用開始日 \_\_\_\_\_ 年 月 日
- 4 勤務施設名称 \_\_\_\_\_
- 5 関係書類

- (1) 勤務証明書（様式第2号）
- (2) 歯科衛生士の資格を有する証明書
- (3) その他町長が必要と認める書類

※ 2年目又は3年目の申請の場合は、(1)の勤務証明書のみ添付してください。

6 振込先口座

金融機関名		支店名	
預金種別	普通	当座	口座番号
フリガナ			
口座名義人			