

砂川市訓令第7号
令和4年3月23日

砂川市住み替え支援事業補助金交付要綱の一部を改正する訓令を次のように定める。

砂川市長 善 岡 雅 文

(別 紙)

砂川市住み替え支援事業補助金交付要綱の一部を改正する訓令

砂川市住み替え支援事業補助金交付要綱（平成30年訓令第20号）の一部を次のように改正する。

第6条中「当該売買又は賃貸の契約が成立した日から」を「売買の場合は所有権移転登記の受付年月日から、賃貸の場合は賃貸の契約が成立した日から、それぞれ」に改める。

第15条を次のように改める。

（補助金の額）

第15条 補助金の額は、10万円とする。ただし、2人以上子どもがいる場合は、2人目以降の子ども1人当たり10万円を加算するものとする。

別記第3号様式（第11条、第16条、第21条、第22条の5関係）及び別記第7号様式（第22条の5関係）を次のように改める。

附 則

この訓令は、令和4年3月23日から施行する。

年 月 日

同居近居促進補助金・子育て支援補助金・移住促進補助金・医療介護従事者移住定住促進補助金交付申請書

砂川市長 様

申請者 住所
氏名
電話

砂川市住み替え支援事業補助金交付要綱第11条、第16条、第21条、第22条の5の規定より、補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。なお、住民情報及び納税情報について、住民基本台帳及び課税台帳等名簿を参照することに同意します。

建物の位置	砂川市
用途	<input type="checkbox"/> 専用住宅 <input type="checkbox"/> 併用住宅・共同住宅
備考	

同居近居促進補助金の該当	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	条件となる親世帯又は子世帯の住所（近居の場合）
		砂川市

子育て支援補助金の該当	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 対象となる子どもの人数 人
		<input type="checkbox"/> 若年夫婦世帯

移住促進補助金の該当	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年 月 日 転入済み
------------	---	------------

医療介護従事者移住定住促進補助金の該当	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
---------------------	---

雇 用 証 明 書

年 月 日

事業所・施設名称
雇用主名(代表者)
所在地
連絡先

次の者について、雇用していることを証明します。

氏 名		生年月日	年 月 日
住 所			
勤 務 先			
雇 用 年 月 日	年 月 日～		
雇 用 形 態	※1	常 勤	臨 時
職 種	※2		
業 務 内 容	※3	(患者、利用者等と直接的な接触を伴う業務の有無 有 ・ 無)	
週 当 た り の 勤 務 時 間	週	時間勤務	
厚生年金保険	※4	加 入	未 加 入

※1 該当する方を○で囲んでください。

※2 「看護師」「介護福祉士」「介護支援専門員」などの名称を記載してください。

※3 ○○援助、○○補助、○○支援、○○事務など、簡潔に記載してください。括弧書き内の該当する方を○で囲んでください。

※4 該当する方を○で囲んでください。