

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
---------------------	---