

## 石垣市潜在看護師等再就職応援給付金支給要綱

### (趣旨)

第1条 この要綱は、石垣市内の医療施設（以下「医療施設」という。）への潜在看護師等の就職を促すため、医療施設に看護師等として就職する者に対し、予算の範囲内において、石垣市潜在看護師等再就職応援給付金（以下「給付金」という。）を支給することに関し、石垣市補助金等交付規則（平成6年石垣市規則第4号。以下「規則」という。）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

### (定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- (1) 医療施設 病院、診療所をいう。
- (2) 看護師等 看護師、准看護師をいう。

### (支給対象要件)

第3条 給付金の支給対象となる者（以下「支給対象者」という。）は、次の各号のいずれにも該当するものとする。

- (1) 石垣市に在住する看護師等で、令和8年1月1日以降に医療施設に新たに就職し、医療施設において就職した日から6か月以上継続して週20時間以上勤務した看護師等であり、申請後も継続して現在勤務している医療施設で勤務する意志がある者
- (2) 新たに看護師等として就職した日から過去6か月以内に医療施設において看護師等としての勤務経験がない者
- (3) 市税等の滞納がない者
- (4) 本給付金、石垣市島外看護師誘致支援事業による給付金等の交付を受けていない者

### (給付金の額)

第4条 給付金の額は、10万円とする。

### (支給申請)

第5条 給付金の支給を受けようとする者（以下「支給申請者」という。）は、勤務開始から6か月を経過した日の属する年度の3月31日までに石垣市潜在看護師等再就職応援給付金支給申請書（様式第1号。以下「支給申請書」という。）に次に掲げる書類を添えて、市長に提出しなければならない。

- (1) 看護師又は准看護師の免許証の写し
- (2) 勤務証明書（様式第1号の2）
- (3) 住民票
- (4) 履歴書（前歴が分かるもの）
- (5) 義務履行証明書
- (6) その他市長が必要と認める書類

（支給決定）

第6条 市長は、支給申請書の提出があったときは、その内容を審査し、石垣市潜在看護師等再就職応援給付金（支給・不支給）決定兼確定通知書（様式第2号）により、支給申請者に通知するものとする。

2 支給申請者は、前項の規定により支給決定の通知を受けたときは、石垣市潜在看護師等再就職応援給付金請求書（様式第3号）を市長に提出しなければならない。

（交付手続の省略等）

第7条 市長は、規則第7条に規定される交付決定及び規則第15条に規定される額の確定を併合し、規則第14条に規定される実績報告は第5条の申請書をもって代えるものとし手続を省略することができる。

（決定の取消し）

第8条 市長は、支給申請者が次の各号のいずれかに該当すると認めるときは、規則第18条の規定により給付金の支給決定を取り消すことができる。

- (1) 虚偽の申請その他の不正な手段によって給付金の支給決定又は支給を受けたとき。
- (2) その他市長が支給対象者として適当でないとき。

（給付金の返還）

第9条 市長は、前条の規定により決定の取消しを行った者に給付金が支給されている場合は、支給申請者に対し給付金の返還を請求するものとする。

（委任）

第10条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、公布の日から施行し、令和8年1月1日から適用する。

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

石垣市長 様

(申請者) 住 所

氏 名

㊞

電話番号

石垣市潜在看護師等再就職応援給付金支給申請書

石垣市潜在看護師等再就職応援給付金の支給を受けたいので、石垣市潜在看護師等再就職応援給付金支給要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

記

- 1 申請額 円
- 2 現在勤務している医療施設 \_\_\_\_\_
- 3 勤務開始日 年 月 日
- 4 添付書類
  - (1) 看護師又は准看護師の免許証の写し
  - (2) 勤務証明書（様式第1号の2）
  - (3) 住民票
  - (4) 履歴書（前歴が分かるもの）
  - (5) 義務履行証明書
  - (6) その他市長が必要と認める書類
- 5 申請に当たり次の2点について、誓約・同意します。
  - (1) 現在勤務している医療施設で継続して看護師等として勤務することを誓います。
  - (2) 石垣市潜在看護師等再就職応援給付金の支給決定が取り消され、石垣市から返還を求められた場合は、遅滞なく給付金を全額返還することに同意いたします。

様式第1号の2 (第5条関係)

勤 務 証 明 書

氏 名	
勤務開始日	年 月 日
職 種	看護師 ・ 准看護師
雇用形態	正規職員 ・ その他 ( )
雇用期間	期間の定めなし ・ 年 月 日まで
1週当たりの勤務時間	時間
業務内容	
備 考	

上記のとおり、 年 月 日現在、看護師等として勤務していることを証明します。

年 月 日

所 在 地

施 設 名

代表者職氏名

㊞

石垣市指令第 号  
年 月 日

様

石垣市長

印

石垣市潜在看護師等再就職応援給付金 (支給 ・ 不支給) 決定兼確定通知書

年 月 日付けで支給申請のあった石垣市潜在看護師等再就職応援給付金については、石垣市潜在看護師等再就職応援給付金支給要綱第 6 条の規定により、次のとおり (支給 ・ 不支給) とすることに決定し、額を確定したので通知します。

記

<input type="checkbox"/> 支給	給付金支給額	円
<input type="checkbox"/> 不支給	(理由)	

年 月 日

石垣市長 様

(請求者) 住 所

氏 名

印

電話番号

石垣市潜在看護師等再就職応援給付金請求書

年 月 日付け石垣市指令第 号で支給決定のあった石垣市潜在看護師等再就職応援給付金について、石垣市潜在看護師等再就職応援給付金支給要綱第6条の規定により請求します。

記

1 請求額 円

2 振込先

金融機関名		支店名	
口座種別			
口座番号			
フリガナ			
口座名義			

3 備考

- (1) 振込先口座は、支給決定者（請求者）名義のものを記入してください。
- (2) 必ず預貯金通帳のコピー（金融機関名・支店名・口座種別・口座番号・口座名義が確認できるもの）を添付してください。