

令和5年度最上町おとしUIJターン旅費支援事業交付要綱

(目的)

第1条 町長は、最上町における看護師確保を目的として、
山形県外に居住している者で、

- ① 看護師又は准看護師として県外の病院等に勤務する者
- ② 看護師又は准看護師の資格を有しているが、現に看護業務に従事していない者
(①及び②を以下、「看護師等」という)

日本国内に居住する者で、

- ③ 看護師等学校養成所に在学する者(以下、「看護学生」という)

に対し、最上町の医療機関及び介護福祉施設等における就業体験(インターンシップ)に参加するにあたり必要となる旅費を、県と共同で支援する。

(対象経費)

第2条 旅費支援の対象となる旅費は、看護師等又は看護学生が最上町の実業体験に参加するために、看護師等又は看護学生の住所地から就業体験地までの往復に要する交通費及び宿泊費のうち、次の各号に掲げるものとする。

- (1) 期間は令和5年7月13日から令和6年3月31日までとし、往路にあつては就業体験開始日から起算して7日前の日から就業体験開始日までの間の移動、復路にあつては就業体験終了日から起算して7日以内の移動に係る就業体験に必要と認められる交通費(交通費の算出方法は県の基準による。)
- (2) 就業体験地での宿泊に要する経費のうち、宿泊体験開始日の前日又は当日の宿泊料金

(旅費支援の条件)

第3条 旅費支援の条件は、次の各号に掲げるとおりとする。

- (1) 就業体験に参加する者が看護師等又は看護学生であること。
- (2) 就業体験地は、山形県最上町であること。
- (3) 就業体験が、令和5年7月13日から令和6年3月31日までの間に実施されたものであること。
- (4) 同一人に対し1回までとすること。
- (5) 宿泊は1泊2日を対象とし、3日以上の場合は最初の2日間を対象とすること。
- (6) 山形県においても旅費支援を行っており、県の旅費支援の対象であること。
- (7) この要綱の規定に従うこと。

なお、上記の条件を満たしている場合でも、予算の状況等により不交付とする場合がある。

(旅費支援の額)

第4条 旅費支援の額は、対象経費の1/2（100円未満の端数がある場合は、これを切り捨てるものとする。）又は19,200円のいずれか低い額とする。ただし、就業体験施設から同一の交通費及び宿泊費を対象に助成を受ける時は、その助成額を引いたものを対象経費とする。

2 就業体験を行った県から同一の交通費または宿泊費を対象に助成を受ける場合は、当該市町村及び施設からの助成額と県の支援額の合計額は第2条に掲げる対象経費を超えてはならないものとする。

(旅費支援の請求)

第5条 旅費支援を受けようとする者は、事前に市町村や県に相談の上、就業体験を実施した日から起算して30日を経過する日または令和6年4月7日のいずれか早い日までに、令和5年度山形県最上総合支庁お試しUIJターン旅費支援事業に伴う旅費請求書（様式第1号）に次の各号に掲げる書類を添付して、町長に提出しなければならない。

- (1) 就業体験（インターンシップ）実施証明書（別紙）
- (2) 申請者が支出した経費の領収書の原本、又は支払いを証明できるもの
- (3) インターンシップ実施後アンケート（様式第2号）
- (4) 通帳の見開き部分の写しなど振込先口座に係る内容が確認できるもの

(支払い)

第6条 町長は、前条により請求があったときは、その内容を審査し、適正と認めるときは、速やかに支払うものとする。

(助成金の返還)

第7条 町長は偽りその他不正の手段により旅費支援を受けた者があるときは、当該部分に関し、期限を定めて、その返還を命ずるものとする。

(その他)

第8条 この要綱に定めのない事項については、最上町と申請者が協議して決定することとする。

附 則

この要綱は、公布日から施行し、令和5年7月13日から適用する。

(様式第1号)

令和 年 月 日

最上町長 殿

(申請者)
住所

氏名

(電話番号)

令和5年度最上町お試しUIJターン支援事業に伴う旅費請求書

標記について、令和5年度最上町お試しUIJターン旅費支援事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添付して請求します。

記

1 請求額 金 円 (下表中2⑧の額)

2 請求額積算基礎

① 実際に要した交通費等の額 (領収書等の合計金額)	円
② 就業体験施設から同一の交通費及び宿泊費を対象に助成を受ける時は、その合計金額 (予定額)	円
③ ①-②	円
④ ③×1/2 (100円未満切り捨て)	円
⑤ ④と19,200円のうちいずれか低い金額	円
⑥ 県から同一の交通費及び宿泊費を対象に助成を受ける時は、その合計金額 (予定額)	円
⑦ 助成金調整額 (⑤+⑥-③) (マイナスの場合は、「0円」と記入)	円
⑧ 請求額 (⑤-⑦)	円

3 経路

年 月 日	往路・復路 の別	公共交通機関	経路 (駅又は空港等)	備 考

4 宿泊

年 月 日	宿泊施設名	住所	備 考

5 採用面接の選考結果

合	否	〔 採用面接を受けた方のみ、該当する 事項を○で囲んでください 〕

※事業の効果を把握するため、就職状況の確認をさせていただく場合があります。

6 振込先

金融機関名		本支店名	
預 金 種 別	普通 ・ 当座		
(フリガナ)			
口座名義人			
口 座 番 号			(左詰で記入してください)

※記載内容に誤りがあると振り込みができませんので、正確な記載をお願いします。
 ※振込先口座に係る通帳の見開き部分の写しなど上記内容が確認できるものを添付してください。
 ※申請者と振込先の口座名義人が異なる場合は、委任状を添付してください。

7 添付書類

- (1) 就業体験 (インターンシップ) 実施証明書 (別紙)
- (2) 申請者が支出した経費の領収書の原本、又は支払いを証明できるもの
- (3) インターンシップ実施後アンケート (様式第2号)
- (4) 通帳の見開き部分の写しなど振込先口座に係る内容が確認できるもの

<p>【領収書等添付欄】</p>

(別紙)

お試しUIJターン旅費支援事業に係る
就業体験（インターンシップ）実施証明書

対象者氏名		
就業体験期間		令和 年 月 日 ~ 年 月 日
就業体験地	住 所	
	施設名	
旅費助成の有無		有 ・ 無
旅費助成額（予定額）		円

上記について、就業体験を実施したことを証明する。

令和 年 月 日

所在地

名 称

代表者名

山形県知事 殿
(最上町長 殿)

(担当窓口)

部 署 名	
担当者名	
電話番号	

インターンシップ実施後アンケート

お手数ですが、インターンシップを行った感想についてご記入ください。

氏名	
連絡先 (電話かメール)	
受入施設	

1. インターンシップ受入施設に対する感想を教えてください。

2. インターンシップを経て、最上地域で働きたいと思う気持ちは強くなりましたか。できれば理由も併せてお書きください。

3. 体験の様子が分かる写真を添付してください。

ご回答いただいた内容、写真は当課の広報資料等に使用させていただく場合があります。
使用を許可しない場合は、右欄にチェックをご記入ください。