

様式第2号（第4条関係）

小林市医療人材確保推進事業費補助金親権者同意書

小林市長 様

私（親権者） _____ は、（申請者） _____ が
令和8年度小林市医療人材確保推進事業費補助金の交付を受けるに当たり、下
記の内容について同意します。

記

- 1 申請者がこの補助金を申請し、交付を受けること。
- 2 次の理由により市への返還金が生じた場合において、申請者がその返還に
応じないときは、親権者が申請者に代わって返還金を支払うこと。
 - （1）申請者がこの補助金の交付要件に該当しなくなったとき。
 - （2）この補助金の額の確定の際に、市への返還金が生じたとき。
 - （3）申請者が偽りその他不正の手段により、この補助金の交付を受けたと
認められるとき。

令和 年 月 日

親権者氏名： ⑩

住所：

続柄：