

魚津市告示第86号

魚津市医療・福祉従事者移住支援金交付要綱を次のように定める。

令和8年3月31日

魚津市長 村椿 晃

魚津市医療・福祉従事者移住支援金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、魚津市民の医療及び福祉ニーズに対応するため、魚津市内（以下「市内」という。）の医療機関及び福祉施設に就業する人材の確保を図るとともに、若年層、女性及び子育て世帯の本市への移住促進を図るため、魚津市補助金等交付規則（平成2年魚津市規則第6号。以下「規則」という。）第21条の規定に基づき、魚津市医療・福祉従事者移住支援金（以下「支援金」という。）の交付に関し、必要な事項を定めるものとする。

(用語の定義)

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) 住民登録 住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）第5条に規定する住民基本台帳に記録されることをいう。
- (2) 医療機関 医療法（昭和23年法律第205号）第1条の5に規定する病院及び診療所をいう。
- (3) 福祉施設 社会福祉法（昭和26年法律第45号）又は児童福祉法（昭和22年法律第164号）に基づく施設その他市長が適当と認める福祉サービスを提供する事業所をいう。
- (4) 医療及び福祉従事者 医療又は福祉に関する国家資格又はこれに準ずる資格として市長が認める資格を有し、医療機関又は福祉施設において、当該資格に基づく業務に正規職員として従事する者をいう。
- (5) 正規職員 期間の定めのない雇用契約に基づき、医療機関又は福祉施設に直接雇用され、派遣労働者でなく、当該事業所の通常の正規職員と同等の所定労働時間を勤務する者であって、継続的かつ安定的な雇用形態にある者をいう。
- (6) 県外転入者 本市に転入する日の前日まで連続して1年以上県外

に居住していた者をいう。

(7) 県内転入者 本市に転入する日の前日まで連続して1年以上県内の他市町村に居住していた者をいう。

(8) 子育て世帯 申請の日において、満15歳に達する日以後最初の3月31日までの間にある子を養育する世帯をいう。

(9) Uターン者 本市に通算10年以上居住した者であって、本市から転出し、県外に居住した後、再び本市に転入したものをいう。

(支援金の額及び交付)

第3条 市長は、医療及び福祉従事者が市内に移住することを促進するため、本市に移住する医療及び福祉従事者に対し、予算の範囲内において支援金を交付するものとする。

2 支援金の種類、金額及び交付方法は、別表1のとおりとし、支援金の交付を受けようとする者（以下「申請者」という。）が女性である場合は、同表に定める、がんばる女性応援加算を交付することができる。

3 支援金の交付は、初回の申請のあった年度を含め、最長3年間とし、別表1に規定する額を各年度ごとに分割して交付するものとする。

4 申請者は、各年度ごとに申請を行うものとする。この場合において、2年目以降の申請は、直前の申請の日から1年を経過した後に行うものとし、市長は、当該年度の申請の日において交付決定者が市内の医療機関又は福祉施設において医療及び福祉従事者として就業し、その就業の日から3か月を経過していることを確認の上、支援金を交付するものとする。

(夫婦で転入した場合の特例)

第4条 Uターン者である者同士が夫婦として同一世帯を構成し、かつ、同時に本市へ転入した場合における支援金の交付については、Uターン加算額をそれぞれの者に対して交付するものとする。

2 前項の場合における県外転入基本額及びその他の加算額については、当該夫婦につき1回に限り交付するものとし、夫婦のいずれか一方に対して交付する。

(対象者要件)

第5条 支援金の交付の対象となる者（以下「交付対象者」という。）は、次の各号に掲げる要件を全て満たすものとする。

(1) 令和8年4月1日以降に魚津市に住民登録し、かつ、3年以上継続して本市に居住する意思を有する者

(2) 申請の日において44歳以下である者

(3) 申請の日が、本市の住民基本台帳に記録された日から1年以内であり、かつ、対象となる医療機関又は福祉施設（以下「対象事業所」という。）に就業した日から3か月を経過している者

- (4) 医療若しくは福祉に関する国家資格又はこれに準ずる資格として市長が認める資格を有する者
 - (5) 対象事業所において、令和8年4月1日以降に正規職員として雇用され、当該資格に基づく業務に従事する者
 - (6) 市外の医療機関又は福祉施設において、当該資格に基づく業務の実務経験を2年以上有する者
 - (7) 申請する日において、対象事業所に在籍し、かつ、当該資格に基づく業務に従事している者
 - (8) 転勤、出向、出張、研修その他これらに準ずる事由による勤務でない者。ただし、県外転入者が、本人の意思により本市へ移住し、対象事業所への勤務を希望して異動した場合は、この限りでない。
 - (9) 就業している対象事業所の代表者及び取締役等の経営を担う職務に就いている者が、3親等以内の親族でない者
 - (10) 日本国籍を有する者又は外国人であって、出入国管理及び難民認定法に定める永住者、日本人の配偶者等、永住者の配偶者等、定住者若しくは特別永住者の在留資格を有する者
 - (11) 規則附則第2項の規定により市税及び転入前の居住地における住民税を滞納していない者
 - (12) 申請者の属する世帯の世帯員全員が、暴力団等の反社会的勢力又は反社会的勢力と関係を有する者でない者
 - (13) 国、県又は市が実施する移住支援金その他これに類する制度による給付を受けていない者
- (交付申請)

第6条 申請者は、魚津市医療・福祉従事者移住支援金交付申請書（様式第1号）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) 申請者の身分を証する書類又はその写し
- (2) 第5条第4号の資格を有していることが確認できる書類
- (3) 就業証明書（様式第2号）
- (4) 魚津市医療・福祉従事実務経験証明書（様式第3号）。ただし、当該証明書を提出できないやむを得ない理由がある場合は、当該実務経験を確認できる書類その他市長が適当と認める書類をもって代えることができる。
- (5) 魚津市医療・福祉従事者移住支援金の交付申請に関する誓約書（様式第4号）
- (6) 別表2に掲げる書類
- (7) 転入前の居住地の納税証明書
- (8) 前各号に掲げるもののほか、市長が認める書類

(交付決定の通知)

第7条 市長は、前条に規定する申請書の提出があったときは、その内容を審査し、支援金の交付の可否について決定し、魚津市医療・福祉従事者移住支援金交付決定通知書兼額の確定通知書(様式第5号)又は魚津市医療・福祉従事者移住支援金不交付決定通知書(様式第6号)により、申請者に通知するものとする。

2 第5条第11号に定める要件の審査については、魚津市補助金等交付における市税等完納要件取扱要綱(平成31年魚津市告示第27号)第5条第1項第2号に規定する方法により行うものとする。

(報告及び調査)

第8条 交付の決定を受けた者(以下「交付決定者」という。)は、転職等の理由により助成金の申請内容に変更があったときは、魚津市医療・福祉従事者移住支援金交付決定内容変更報告書(様式第7号)に関係書類を添付して市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項に規定する報告書の提出があったときは、その内容を確認し、交付決定に変更が生じると認めるときは、その結果を魚津市医療・福祉従事者移住支援金変更交付決定通知書(様式第8号)により、交付決定者に通知するものとする。

3 市長は、必要があると認めるときは、交付決定者に対し、必要な報告を求め、又は関係事業所に対し必要な調査を行うことができる。

(交付決定の取消し)

第9条 市長は、交付決定者が次の各号のいずれかに該当すると認めるときは、交付決定の全部又は一部を取り消すことができる。

(1) 偽りその他不正の行為により交付決定を受けた場合

(2) この要綱に違反した場合

(3) 前2号に掲げるもののほか、市長が交付を不相当と認めた場合

2 市長は、前項の規定により交付決定を取り消したときは、その結果を魚津市医療・福祉従事者移住支援金交付決定の取消通知書(様式第9号)により通知するものとする。

3 市長は、前項の場合において、交付決定の当該取消しに係る部分に関し、既に支援金が支払われているときは、期限を定めて、その返還を求めるものとする。

4 前項の規定により支援金の返還を求めたときは、魚津市医療・福祉従事者移住支援金返還通知書(様式第10号)により、通知するものとする。

5 第3項の規定により支援金の返還を求められた交付決定者は、返還を求められた額を市長が定めた期限までに返還しなければならない。

(その他)

第10条 この要綱に定めるもののほか、この要綱の施行に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この告示は、令和8年4月1日から施行する。

別表1（第3条関係）

支援金の種類	金額	交付方法
県外転入基本額	90万円	現金
県内転入基本額	60万円	現金
子育て加算	30万円	電子地域通貨 MiraPay (ミラペイ)
Uターン加算	30万円	電子地域通貨 MiraPay (ミラペイ)
がんばる女性応援加算	60万円	電子地域通貨 MiraPay (ミラペイ)

別表2（第6条関係）

区分	提出書類
県外転入者	申請者が転入前1年以上県外に居住していたことを証する書類（住民票の除票、戸籍の附票等）
県内転入者	申請者が転入前1年以上県内の他市町村に居住していたことを証する書類（住民票の除票、戸籍の附票等）
子育て世帯	申請者と同じ世帯に属する子の続柄及び年齢が確認できる住民票の写し
Uターン者	申請者の戸籍の附票等
申請者が女性の場合	女性であることを確認できる住民票の写し

様式第 1 号（第 6 条関係）

年 月 日

魚津市長 宛

魚津市医療・福祉従事者移住支援金交付申請書

魚津市医療・福祉従事者移住支援金の交付を受けたいので、魚津市医療・福祉従事者移住支援金交付要綱第 6 条に基づき、移住支援金の交付を申請します。

1 申請者欄

フリガナ		生年月日	
氏名		年 月 日	
住所	魚津市		
連絡先		メール	※メールで交付の可否に関する文書を送付します。

2 申請区分（該当する欄に○を付けてください）

1 年目申請		2 年目申請		3 年目申請	
--------	--	--------	--	--------	--

3 移住支援金の申請内容（該当する欄に○を付けてください）

県外転入基本額		県内転入基本額	
Uターン者加算		子育て世帯加算	
がんばる女性加算			

4 各種確認事項（該当する欄に○を付けてください）※ 1

申請日から 3 年以上継続して本市に居住し、市内の医療機関又は福祉施設において当該資格に基づく業務に従事する意思について	A. 意思がある	B. 意思がない
職種について	A. 支援対象資格である	B. 支援対象資格でない
就業先について	A. 新規雇用である	B. 転勤、出向、出張、研修である
就業先について（県外転入者の場合）	A. 新規雇用又は自分の意思で県外から移住した	B. 転勤等又は所属先の命令により移住した
就業先の事業所の代表者又は取締役等の経営を担う者との関係について	A. 3 親等以内の親族に該当しない	B. 3 親等以内の親族に該当する

※ 1 各種確認事項の B 欄に○を付けた場合は、移住支援金の支給対象となりません。

5 職歴（市外の医療機関又は福祉施設における実務経験）※2

勤務先名称	勤務先所在地	職種	従事期間
			～
			～
			～

※2 転入前に、市外の医療機関又は福祉施設において資格に基づく業務に通算2年以上従事した実務経験が必要です。実務経験の詳細は、医療・福祉従事实務経験証明書（様式第3号）により確認します。

6 移住支援金振込先（県外・県内転入基本額分）

振込先金融機関名		支店名	
預金種別	普通・当座	振込先口座番号	
フリガナ			
振込先口座名義			

個人情報確認同意書※3

魚津市医療・福祉従事者移住支援金の交付を受けたいので、補助要件を満たしているかの確認のため、魚津市が保有する私に関する下記の情報について、必要な事項を確認することに同意します。

記

- 1 住民基本台帳情報
- 2 魚津市の市税の賦課徴収に関する情報

年 月 日

住所
(申請者) 氏名
生年月日

年 月 日

※3 本同意が得られない場合は、交付要件を確認できないため、本支援金を交付することができません。

添付書類（提出する書類に✓を付けてください）

【1年目申請の場合】

- 申請者の身分を証する書類又はその写し
- 医療又は福祉に関する資格を有していることが確認できる書類の写し
- 転入前の居住地及び居住期間が確認できる書類（戸籍の附票・住民票の除票等）
- 就業証明書（様式第2号）
- 魚津市医療・福祉従事实務経験証明書（様式第3号）
- 魚津市医療・福祉従事者移住支援金交付申請に関する誓約書（様式第4号）
- 転入前の居住地における住民税の滞納がないことを確認できる書類（納税証明書・完納証明書等）

【加算を申請する場合】

- 子育て世帯であることを確認できる書類（住民票の写し）
- Uターン者であることを確認できる書類（戸籍全部事項証明書・戸籍の附票）
- 女性であることを確認できる書類（住民票の写し）

【2年目・3年目申請の場合】

- 就業証明書（様式第2号）

様式第2号（第6条関係）

年 月 日

魚津市長 宛

所在地
 法人名
 代表者名 印
 電話番号
 担当者（職・氏名）

就業証明書

下記のとおり相違ないことを証明します。

記

勤 務 者 名	
勤 務 者 住 所	
勤 務 先 所 在 地	
勤 務 先 電 話 番 号	
就 業 年 月 日	
職 種	
主 な 業 務 内 容	
雇 用 区 分 (該当する区分に✓)	<input type="checkbox"/> 新規雇用 (期間の定めのない雇用契約に基づき、当 事業所に直接雇用された正規職員であり 、転勤、出向、出張又は研修による配置 ではない) <input type="checkbox"/> 本人の意思による異動 (県外から魚津市への移住を希望し、本人 の申出により当該事業所へ配置又は採用 された正規職員であり、転勤、出向、出 張又は研修による配置ではない) <input type="checkbox"/> 事業所の命令による転勤・出向・出張・ 研修等
雇 用 形 態 (該当する雇用形態全てに✓)	<input type="checkbox"/> 期間の定めのない雇用契約である <input type="checkbox"/> 派遣労働者ではない <input type="checkbox"/> 当事業所の通常の正規職員と同等の所定 労働時間である
勤務者と代表者等の経営を担う者との関係	3親等以内の親族に該当しない

※就業日から3月経過した後に発行してください。

※魚津市医療・福祉従事者移住支援金交付事務に関する事務のため、勤務者の勤務状などの情報を魚津市に提供することについて、勤務者の同意を得ています。

※「雇用区分」欄の「事業所の命令による転勤・出向・研修等」に該当する場合は、本支援金の対象となりません。

※「雇用形態」欄の要件のすべてを満たす場合に限り、本支援金の交付対象となります。

様式第3号（第6条関係）

年 月 日

魚津市長 宛

所在地
法人名
代表者名
電話番号
担当者（職・氏名）

魚津市医療・福祉従事实務経験証明書

下記の者は、保有する資格に基づき、以下のとおり業務に従事していたことを証明します。

記

勤務者名	
生年月日	
職種	
主な業務内容	
勤務先名称	
勤務先所在地	
従事期間	自 年 月 日
	至 年 月 日

※保有資格に基づく業務に従事していた職歴について記載してください。

様式第 4 号（第 6 条関係）

魚津市長 宛

魚津市医療・福祉従事者移住支援金の交付申請に関する誓約書

医療・福祉従事者移住支援金の交付申請にあたり、次のとおり誓約します。

誓約事項

- 1 魚津市医療・福祉従事者移住支援事業に関する報告及び現地調査について、魚津市から求められた場合には、それに応じます。
- 2 転入日から 3 年以内に市外に転出した場合又は市内の医療機関若しくは福祉施設において医療・福祉従事者としての就業を終了した場合は、ただちに魚津市へ報告します。
- 3 申請内容に虚偽がないことを誓約します。
- 4 私及び世帯員は、暴力団等の反社会的勢力又は反社会的勢力と関係を有する者ではありません。
- 5 本支援金と同趣旨の国、県又は市の移住支援金その他これに類する給付を受けていません。
- 6 第 2 項の状況について確認するため、申請した年度の翌年度から 2 年間、毎年度、魚津市医療・福祉従事者移住支援金の交付申請を行う場合には必要な書類を提出することに同意します。

年 月 日

(申請者)

住所

氏名

生年月日

様式第5号（第7条関係）
魚津市指令 第 号

住所
氏名

魚津市医療・福祉従事者移住支援金交付決定通知書兼額の確定通知書

年 月 日付けで申請のあった魚津市医療・福祉従事者移住支援金については、次のとおり交付の決定及び額の確定を行いましたので、魚津市医療・福祉従事者移住支援金交付要綱第7条第1項の規定により通知します。

年 月 日

魚津市長

1 支援金の額

2 交付条件

様式第6号（第7条関係）
魚津市指令 第 号

住所
氏名

魚津市医療・福祉従事者移住支援金不交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった魚津市医療・福祉従事者移住支援金については、審査の結果不交付となりましたので、魚津市医療・福祉従事者移住支援金交付要綱第7条第1項の規定により通知します。

年 月 日

魚津市長

不交付の理由

様式第7号（第8条関係）

魚津市長 宛

住所
氏名

魚津市医療・福祉従事者移住支援金交付決定内容変更報告書

年 月 日付け魚津市指令 第 号で交付決定のあった魚津市医療・福祉従事者移住支援金について、次のとおり変更がありましたので、魚津市医療・福祉従事者移住支援金交付要綱第8条第1項の規定により報告します。

- 1 変更内容
- 2 変更年月日
- 3 変更理由
- 4 添付書類（変更内容を確認できる書類）

様式第 8 号（第 8 条関係）
魚津市指令 第 号

住所
氏名

魚津市医療・福祉従事者移住支援金変更交付決定通知書

年 月 日付けで提出のあった魚津市医療・福祉従事者移住支援金交付決定内容変更報告書について、その内容を確認した結果、次のとおり交付決定の内容を変更しましたので、魚津市医療・福祉従事者移住支援金要綱第 8 条第 2 項の規定により通知します。

- 1 変更内容
- 2 変更年月日

様式第 9 号（第 9 条関係）
魚津市指令 第 号

住所
氏名

魚津市医療・福祉従事者移住支援金交付決定の取消通知書

年 月 日付け魚津市指令 第 号で交付決定のあった魚津市医療・福祉従事者移住支援金について、以下のとおり交付要件を満たさなくなりましたので、魚津市医療・福祉従事者移住支援金交付要綱第 9 条の規定により交付決定を取り消しましたので通知します。

年 月 日

魚津市長

交付決定の取消理由

様式第10号（第9条関係）
魚津市指令 第 号

住所
氏名

魚津市医療・福祉従事者移住支援金返還通知書

年 月 日付け魚津市指令 第 号で取消決定のあった魚津市医療・福祉従事者移住支援金について、魚津市医療・福祉従事者移住支援金交付要綱第9条第4項の規定により、以下のとおり返還するよう通知します。

年 月 日

魚津市長

1 返還金額

2 返還期限