病院長　殿

**医師転居費用支給申請書**

次の通り転居費用の支給を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請日 | 年　　　月　　　日　 |
| 所属診療科 |  |
| 氏名 |  |
| 区分 (表１を参照して該当に〇) | A B C D E |
| 支給を申請する金額　※1 |  |

※1 添付された領収証の額と区分毎の支給上限額（表１）のうち、小さい額を記入すること。

**申請時には次の書類を全て添付すること**

□ 利用した業者が発行した領収証の原本

□ 利用明細書（利用内容の詳細と費用がわかる書類）

**＜必ずご確認下さい＞**

・本制度は転居費用を補助するものであり、費用全額の支給を確約するものではない。

・申請書類に不備や不足がある場合は支給しない。

・領収証は1部のみ受理し、合算はしない。

・領収証はいわゆる引っ越し業者発行の原本のみ受理する。

・支給の対象は転居費用に限り、例えば清掃やエアコン取り外し等の費用は認めない。

・疑義がある場合は事前に申し出ること。

**表１** 転居人数による支給上限額

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **区分** | 転居人数　※2 | 支給上限額(消費税込) |
| **A** | 1人(本人のみ) | 100,000円 |
| **B** | 2人 | 150,000円 |
| **C** | 3人 | 180,000円 |
| **D** | 4人 | 210,000円 |
| **E** | 5人以上 | 230,000円 |

※2 本人と共に転居する家族（配偶者と1親等内の親族に限る）を合計したもの

提出先：総合医局

―――――　以下　総務課記入　―――

支給決定額：　　　　　　　　円　　確認者印：

2024年1月 総務課