

魚沼市長 様

申請者 住所
氏名 ⑩
電話番号

障害福祉人材奨学金返還支援事業補助金交付申請兼実績報告書

魚沼市障害福祉人材奨学金返還支援事業補助金の交付を受けたいので、魚沼市障害福祉人材奨学金返還支援事業補助金交付要綱第6条の規定により、下記のとおり申請します。

記

| | | | | | |
|--------------|----------------------------------|---|-----------|-----------|---|
| 1 交付申請額 | 円 (①×1/2(上限 12 万円、1,000 円未満切捨て)) | | | | |
| 2 就業先等 | 障害福祉事業所名 | | | | |
| | 住所 | 魚沼市 | | | |
| | 就業年月日 | 年 月 日 | | | |
| 3 奨学金 | 種類 | <input type="checkbox"/> 魚沼市奨学金 <input type="checkbox"/> 日本学生支援機構の奨学金(第一種及び第二種) <input type="checkbox"/> 新潟県奨学金 <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| | 借入総額 | 円 | 返還方法 | 月賦・半年賦・年賦 | |
| | 全返還期間 | 年 月 ~ 年 月 | | | |
| 4 前年度の奨学金返還額 | 円① | 期間 | 年 月 ~ 年 月 | 回数 | 回 |

【添付書類】

- 奨学金の借入総額及び返還計画が分かる書類
- 前年度に返還した奨学金の返還額を証する書類 在職証明書(別紙1)
- 誓約書(別紙2) 市税の納税証明書 その他市長が必要と認める書類

振込先口座

| | | | | |
|-------|-----------------|------|----|------------|
| 金融機関名 | (銀行・信用組合・金庫・農協) | | | (本店・支店・支所) |
| フリガナ | | 口座番号 | 普通 | |
| 口座名義 | | | 当座 | |

※ 通帳の写し(表紙裏面)を添付してください。