

魚沼市長 様

申請者 住所
氏名 ⑩
電話番号

介護人材奨学金返還支援事業補助金交付申請兼実績報告書

魚沼市介護人材奨学金返還支援事業補助金の交付を受けたいので、魚沼市介護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	介護保険事業所名				
	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	普通	
口座名義		番号	当座	

※ 通帳の写し(表紙裏面)を添付してください。