様式第１号（第３条関係）

（表)

年　　月　　日

奥州市長　宛

申請者　氏名

医療介護従事者修学資金貸付申請書（予約者）

　医療介護従事者修学資金の貸付けを受けたいので、次のとおり関係書類を添えて、申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏名 |  | | 貸付希望額 | | | 入学一時金　　　　　円  月額貸付金　　　　　円 | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | 月額貸付金  希望貸付期間 | | | 年　月から　　年　月まで | |
| ふりがな  住所 | （郵便番号　　―　　　)  電話番号（　　　― 　　　　) | | | | | | |
| 本籍 |  | | | | | | |
| 医療介護関係学校等 | 名称 |  | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　―　　)  電話番号（　　　　―　　　　) | | | | | |
| 入学予定  年月 | 年　　月 | | 卒業見込  年月 | | | 年　　月 |
| 現在貸付けを受けている奨学金等 | 奨学金等の名称 |  | | | | | |
| 借受期間 | 年　　　月から | | | | | |
| 借受金額 | 月額 | | | 年額 | | |
| 円 | | | 円 | | |
| 勤務を伴う償還免除規定等の有無　（　　有　　・　　無　　） | | | | | | |

（裏)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 家族の状況 | ふりがな  氏名 | 続柄 | 年齢 | 同居・別居の別 | 職業（勤務先)又は学校 | | 年間収入額 |
|  |  | 歳 |  |  | | 円 |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
| 家族の住所 | | （郵便番号　　　―　　　　)  電話番号（　　　―　　　) | | | | | |
| 希 望 表 示 | | 資格取得後、市内医療介護施設等で医療介護従事者として就労を（　　希望します　　・　　希望しません　　） | | | | | |
| 親　権　者 | | 申請者が未成年者の場合、親権者が本申請に係る条例、規則の規定により本申請内容を確認し、同意します。  　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　　） | | | | | |
| 連帯保証人 | ふりがな  氏名 |  | | | |  | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | 年　　　月　　　日 | |
| 住所 | （郵便番号　　―　　　)  電話番号（　　―　　　) | | | | （郵便番号　　―　　　)  電話番号（　　―　　　) | |
| 本籍 |  | | | |  | |
| 職業 |  | | | |  | |
| 申請者  との関係 |  | | | |  | |

備考　連帯保証人の氏名欄は、連帯保証人の署名によるものとすること。