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

　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。