様式第19号（第17条関係）

年　　月　　日

奥州市長　宛

修学生氏名

医療介護従事者修学資金返済免除申請書

　医療介護従事者修学資金の返済の免除を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて、申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏名 | |  | | 貸付番号 | | 第　　　　号 | |
| 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | |
| ふりがな  住所 | | （郵便番号　　―　　)  電話番号（　　―　　　) | | | | | |
| 本籍 | |  | | | | | |
| 医療介護施設等  勤務先 | 名称 |  | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　―　　)  電話番号（　　―　　) | | | | | |
| 貸付金額 | | 入学一時金　 　　円  月額貸付金　 　　円総額　　　 　　　円 | | | 既返済免除額 | | 円 |
| 既返済額 | | 円 |
| 返済免除申請額 | | 円 |
| 返済すべき金額 | | 円 |
| 月額貸付金の  貸付期間 | | 年　　月から  年　　月まで | | | 医療介護関係  学校等の名称 | |  |
| 申請理由 | | 理由発生年月日 | | | 年　　月　　日 | | |
| （条例第　条第　号に該当) | | | | | |
| 卒業後の状況 | | 期間 | 勤務先等の名称 | | | | |
| 年　　月から  年　　月まで |  | | | | |
| 年　　月から  年　　月まで |  | | | | |
| 年　　月から  年　　月まで |  | | | | |

備考　申請理由を証明する書類を添付してください。