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。