様式第12号（第９条関係、第17条関係）

年　　月　　日

奥州市長　宛

連帯保証人　氏名

死亡届

　医療介護従事者修学資金の借受者が死亡しましたので、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  | | |
| 医療介護関係学校等 | 名称 |  | | |
| 所在地 | （郵便番号　　―　　)  電話番号（　　―　　) | | |
| 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 | | |
| 月額貸付金の  貸付期間 | | 年　　月から　　　　　年　　月まで | | |
| 死亡年月日 | | 年　　月　　日 | | |
| 死亡の原因 | |  | | |

備考　死亡診断書、修学生の戸籍謄本又は戸籍抄本を添付してください。