様式第２号（第６条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

士幌町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　住　所

　氏　名

士幌町看護職員等奨学金返還支援助成金交付申請書

　士幌町看護職員等奨学金返還支援助成金交付要綱第６条第１項の規定により関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 支援対象者 | 住　　所 | 〒　　　　　　 　　(TEL　 　 -　　 -　　　 ) |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 　　年　　　月　　　日　年齢（　　　　歳） |
| 職　　種 |  |
| 学校等（卒業年度） | （　　　　年度卒） |
| 奨学金の | 種　　別 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 返還総額 | 円 |
| 口座名義人 | （カタカナ） |
| （漢　　字） |
| 金融機関 | 　　　　　銀行　　　　　　本店・支店　信用金庫　　　　本店・支店農協　　　　　　　 本所 |
| 預金種別 | １　普通　　　　２　当座　　　　３　その他 |
| 口座番号 |  |

（添付書類）

□ 勤務証明書（様式第３号）

□ 卒業証明書若しくは卒業証書の写し又はこれらに準ずるもの

□ 看護師等の資格の取得を証するもの

□ 奨学金の返還総額を証する書類

□ 町税等の滞納がないことを証する書類

□ その他町長が必要と認める書類

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　裏面もご記入ください。

同意書及び宣誓書

１　私は、この申請に基づく審査に当たり、士幌町が保有する情報について閲覧、調査及び関係機関に対する問合せをすることに同意します。

　２　私は、他市町村等からの奨学金に係る助成金を受けてないことを誓います。

　３　偽り等あった場合には、全額返金することを誓います。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　署名