様式第１号（第６条関係）

日野町生きいき働く医療・介護人材支援事業補助金交付申請書

年　　月　　日

　日野町長　様

【申請者】

住　　所

氏　　名

電話番号

※自署の場合、押印不要

　日野町生きいき働く医療・介護人材支援事業補助金の交付を受けたいので、日野町生きいき働く医療・介護人材支援事業補助金交付要綱第６条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 交付申請額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請区分 | 初回申請　・　継続申請（　　年目）※どちらかに〇をつける |
| 奨学金の名称 |  |
| 奨学金貸与機関 |  |
| 奨学金返還期間 | 年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 |
| 奨学金借入残額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 申請年度返還金額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 勤務先 | 名称住所 |
| 取得資格 |  |

【添付書類】※添付している書類の□にレ点を入れる。

（１）□　奨学金貸与機関が発行する奨学金の貸与を証するもの（初回申請のみ）

（２）□　取得している資格を証するもの（初回申請のみ）

（３）□　申請日が属する年度内に返還すべき奨学金額を証するもの

（４）□　奨学金の借入残額を証するもの

（５）□　在職証明書（様式第２号）