

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○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）