

日野町生きいき働く医療・介護人材支援事業補助金実績報告書

年 月 日

日野町長 様

【報告者】

住 所

氏 名

電話番号

※自署の場合、押印不要

年 月 日付 第 号で交付決定のあった 年度日野町生きいき働く医療・介護人材支援事業補助金について、 年度の補助対象期間に返還すべき奨学金返還額をすべて返還しましたので、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9条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

申請年度返還済額	円
----------	---

【添付書類】 ※添付している書類の□にレ点を入れる。

- (1)  奨学金の返還の事実を証するもの
- (2)  在職証明書（様式第2号）
- (3)  交付決定通知の写し