

年 月 日

（あて先）むかわ町長

申請者 住所

氏名

電話

むかわ町福祉施設職員奨学金返還支援補助金補助対象者登録申請書

むかわ町福祉施設職員奨学金返還支援補助事業実施要綱第4条の規定により、奨学金返還支援に対する登録を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、登録の決定に際し、担当課が住民登録、町税等の納付状況の調査を行うことを承諾します。

1 修学先に関すること

大学等名・学部	
所在地	
卒業・修了時期	年 月

2 奨学金に関すること

種 別	日本学生支援機構奨学金（第一種・第二種） その他（ ）
借入期間	年 月 ～ 年 月
借入金額	円

3 就職などに関すること

勤務先	
所在地	
採用年月日	年 月 日
雇用形態	雇用期間の定めが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある

4 資格に関すること

有資格名	
資格取得年月日	年 月 日

添付書類 奨学金の貸与を証する書類の写し奨学金の返還金額、返還開始月及び返還期間が確認できる書類の写し大学等の卒業証明書等の写し指定事業所等の在職を証明する書類の写し第3条第2号若しくは同条第3号に掲げる資格を有していることを確認できる書類の写し

※町記入欄	【住民登録】	有	無
	【町税の滞納】	有	無