

年 月 日

日立市長 殿

申請者 住 所
氏 名
電 話 ()

日立市奨学生医療・介護・福祉職就業支援補助金交付申請書兼請求書

日立市奨学生医療・介護・福祉職就業支援補助金の交付を受けたいので、日立市奨学生医療・介護・福祉職就業支援補助金交付要綱第6条の規定により、下記のとおり申請します。

なお、この申請に関して、補助金交付の要件を審査するため、教育委員会が申請者の住民登録状況及び市税の納税状況を確認することに同意します。

記

奨学金貸与機関名	
奨学金名	
取得している国家資格名	
借用金額	円
補助対象期間(市内事業所 就業期間)における奨学金 返還額	補助対象期間① 年 月 ~ 年 月 ※ 補助対象期間内に再就業等の理由により2つの事業所に就業した場合等に記入
	補助対象期間② 年 月 ~ 年 月
	返還額 円
交付申請額	円 ※交付申請額は、上記返還額の2分の1の額(100円未満切捨て)又は借用金額の20分の1の額(100円未満切捨て)のうち、 いずれか低い額 を書いてください。

【振込先】 ※申請者本人名義の口座としてください。

金 融 機 関 名	支 店 名 等	種 別	口 座 番 号
ツガナ 氏名			