様式第１号(第２条関係)

|  |
| --- |
| （表面）市立病院等医療技術職員修学資金貸与申請書年　　月　　日　　(あて先)　　南魚沼市長申請者　住所　 （ふりがな）氏名　　　　　　　　　　㊞生年月日　　　年　 月 　日　下記のとおり市立病院等医療技術職員（職種　　　　　　）修学資金の貸与を受けたいので、関係書類を添えて申請します。 |
| 貸与を受けようとする期間 | 　年 　月　 日から　　　　年 　月　 日まで |
| 在学している養成施設 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 入学年月日 | 年　月　日　　卒業見込年月日　　年　月　日 |
| 高等学校入学以降の学歴 | 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| 連帯保証人となるべき者 | 住　　所 |  |  |
| 氏　　名(生年月日) |  |  |
| 職　　業 |  |  |
| 本人との続　　柄 |  |  |
| 年　　収 |  |  |
| 資産の状況 |  |  |
| 家族及び生計の状況 | 続柄 | 氏名 | 性別 | 年齢 | 職業 | 年収 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

（注）年収欄は、前年の収入額を記載すること。

（裏面）

|  |  |
| --- | --- |
| 貸　与　期　間 | 　　　　　　年　　　月から　　　　　年　　　月まで　　　　貸与額　月額　　　　　　　　円　　　　　　総額　　　　　　　　　　　円 |
| 貸　与　月　分 | ４月分 | ５月分 | ６月分 | ７月分 | ８月分 | ９月分 | 10月分 | 11月分 | 12月分 | １月分 | ２月分 | ３月分 | 計 |
| 年度 | 第　年 | 月額 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 月　　分 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |
| 受領印 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年度 | 第　年 | 月額 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 月　　分 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |
| 受領印 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年度 | 第　年 | 月額 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 月　　分 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |
| 受領印 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年度 | 第　年 | 月額 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 月　　分 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |
| 受領印 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年度 | 第　年 | 月額 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 月　　分 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |
| 受領印 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年度 | 第　年 | 月額 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 月　　分 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |
| 受領印 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 返還年月日 | 返　還　額　(円) | 貸付金残額(円) | 返還年月日 | 返　還　額　(円) | 貸付金残額(円) | 貸付総額(円) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 貸付総額(円)利　息(円)合　計(円) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |