

記載例

様式第1号（第5条関係）

北秋田市奨学金等返還支援助成金交付申請書

年 月 日

北秋田市長 様

申請者 住 所 北秋田市〇〇〇〇-〇〇
氏 名 北秋田 花子 ㊟
連絡先 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

印鑑は実印でなく
とも可

北秋田市奨学金等返還支援助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて助成金の交付を申請します。

なお、この申請に関して、申請人の住所登録日、市税等の納付状況等を確認することに同意します。

奨学金等の名称	日本学生支援機構 第1種
奨学金等の返還開始日	(〇〇) △年 ×月
北秋田市転入日	(〇〇) △年 ×月
助成申請に係る取得資格	㊟ (資格名: 看護師) ・ 無
就労先名称及び所在地	名 称 北秋田医院 所在地 北秋田市花園町 100-1
年度 奨学金等返還金額 (助成対象分)	受給要件により助成対象分の返還金額が決まるため、 記入しないでください。
奨学金を借りた教育機関名 卒業(中途退学)年月	北秋田大学 (〇〇) △年 ×月
県制度該当の場合○で囲む	併用型を希望する

※添付書類

- (1) 奨学金等貸与機関が発行する奨学金等の貸与を証するもの(初年度申請時のみ)
- (2) 申請日が属する年度に返還すべき奨学金等の返還金額を証するもの
- (3) 事業所から交付される労働条件通知書又はそれに代わるもの(就労証明書(様式第2号等)、自営業にあつては営業証明書等自らの業を営むことを証する書類)
- ・ 第3条の2、第4条及び第5条に規定する別表第1号に該当する場合
- (4) 指定する国家資格の取得を証するもの

記載例

様式第5号（第8条関係）

返還完了報告書

年 月 日

北秋田市長 様

申請者 住所 北秋田市〇〇〇〇-〇〇
氏名 北秋田 花子 印
連絡先 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

印鑑は実印でなく
とも可

令和 年 月 日付指令北秋総政 で交付の決定を受けた 年度分の
奨学金等を返還しましたので、北秋田市奨学金等返還支援助成金交付要綱第8条の規定に
より、関係書類を添えて報告します。

※添付書類

- (1) 年度に返還すべき奨学金等の返還の事実を証するもの
- (2) その他、市長が必要と認めた書類

記載例

様式第7号（第10条関係）

北秋田市奨学金等返還支援助成金請求書

令和 年 月 日

北秋田市長 様

申請者 住所 北秋田市花園町 19-1

氏名 北秋田 花子 ㊞

連絡先 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

印鑑は実印でなく
とも可

北秋田市奨学金等返還支援助成金交付要綱第10条の規定により、下記のとおり助成金を請求します。

記

1 請求金額 金 円

2 助成金振込先口座

申請者本人名義の
口座情報を記載

金融機関名	〇〇〇〇	銀行	信用組合	信用金庫	農業協同組合	〇〇	支店			
口座種類・口座番号	① 普通	2 当座	3 その他 ()	1	2	3	4	5	6	7
(ふりがな) 口座名義人	きたあきた はなこ									
	北秋田 花子									

※口座名義は、請求者氏名と同一にしてください。

※職場から提出していただく書類です

記載例

様式第2号（第5条関係）

就 労 証 明 書

住 所	北秋田市〇〇〇〇-〇〇
氏 名	北秋田 花子 (生年月日：平成 〇年 △月 ×日)
就 業 年 月 日	(〇〇) △年 ×月
雇 用 形 態 <small>※該当する項目に○又は期間を記入</small>	<input checked="" type="radio"/> 正規雇用 ・ 非正規雇用（雇用期間： ～ ）
職 種	
雇用保険の加入	<input checked="" type="radio"/> (保険番号：XXXX-XXXXXX-X) ・ 無
有資格者雇用の 有 無	<input checked="" type="radio"/> (資格名：看護師) ・ 無
備 考	

申請者の住所・
氏名等を記載

上記のとおり就労していることを証明します。

提出日を記載
※令和3年3月31日以前
の月日を記載ください。

令和3年〇〇月〇〇日

住 所 北秋田市花園町 19-1

名 称 北秋田医院

代表者名 院長 鷹巣太郎 ㊞

(担当者名) 総務課 花園太郎

(連絡先) 0186-62-1111

※職場から提出していただく書類です

記載例

様式第 12 号（第 8 条関係）

就 労 報 告 書

住 所	北秋田市〇〇〇〇-〇〇
氏 名	北秋田 花子 (生年月日：平成 〇年 △月 ×日)
年度内の 就 労 期 間	〇年 △月 ×日 ~ 年 3 月 3 1 日 (見込)
雇 用 形 態 <small>※該当する項目に○又は期間を記入</small>	<input checked="" type="radio"/> 正規雇用 ・ 非正規雇用
職 種	看護師
備 考	

申請者の住所・
氏名等を記載

上記のとおり就労したことを報告します。

提出日を記載
※令和 3 年 3 月 3 1 日以前
の月日を記載ください。

令和 3 年 〇〇 月 〇〇 日

住 所 北秋田市花園町 19-1

名 称 北秋田医院

代表者名 院長 鷹巣太郎 ㊞

(担当者名) 総務課 花園太郎

(連絡先) 0186-62-1111