第１号様式の２(第１条関係)

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | 新規　・　継続 |

（表）

保健師等修学資金貸与申請書（保健師用修学資金貸与条例附則第４項による加算用）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 決定番号 | 　 |
| (ふりがな)氏名 | 性別 | 生年月日 | 住所 | 　 |
| 　 | 男・女 | 年　月　日 | 電話番号 | ―　　　― |
| 貸与申請額 | 月額　　　　　　　円（うち加算分　　　　円） | 貸与期間 | 年　　　月から年　　　月まで |
| 在学(所)する養成施設の名称及び所在地 | 名称 | (課程) |
| 所在地 | 　 |
| 申請者及び申請者の主たる生計維持者の状況 |
| 氏名 | 続柄 | 年齢 | 職業・学校 | 同居・別居の別 | 前年の所得 |
| 　 | 本人 | 　 | 　 | 　 | 円 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 同居・別居 | 円 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 同居・別居 | 円 |
|  | 前年の所得合計 | 円 |

（裏）

|  |  |
| --- | --- |
| 同種の修学のための資金の借受又は受給の有無 | 有　　・　　無 |
| 連帯保証人 | 氏名 | 　 | 生年月日 | 年　月　日 | 本人との関係 | 　 |
| 住所 | 　 | 勤務先 | 電話番号　　　―　　─ |
| 電話番号 | ―　　─ | 前年度の年収 | 税込み　　　　　　千円 |
| 氏名 | 　 | 生年月日 | 年　月　日 | 本人との関係 | 　 |
| 住所 | 　 | 勤務先 | 電話番号　　　―　　─ |
| 電話番号 | ―　　─ | 前年度の年収 | 税込み　　　　　　千円 |
| 振込口座番号 | 銀行　　　支店　普通・当座　番号(　　　　　) |

備考　振込口座番号は、申請者本人の名義のものに限る。

　上記記載事項に相違ありません。

　福島県保健師等修学資金貸与条例（附則第４項による加算を含む。）の規定による保健師等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。

　また、貸与を受けるときは、上記指定口座へ振り込んでください。

年　　月　　日

福島県知事

申請者　氏名（署名）

(申請者が未成年の場合)

上記の申請について、同意します。

親権者又は後見人　氏名（署名）

　上記の申請により保健師等修学資金の貸与を受けたときは、その返還について連帯し

てその責めを負います。

連帯保証人　氏名（署名）

連帯保証人　氏名（署名）