

(表)

理学療法士等修学資金貸与申請書

ふりがな	ふくしま ももこ		男	学 校 等 の 名 称
氏 名 (生年月日)	福 島 桃 子 (平成12年 4月10日)		女	●●●●医療専門学校
	〒960-8670 福島県福島市杉妻町2-16		家 族 所 住	在籍する学科等の職種と現在の学年 理学療法学科 (1 学年)
	〒960-8670 福島県福島市杉妻町2-16			
	電話 090(1234)5678			電話 024(521)7881
	修学資金月額		50,000円	
	修学資金に相当する額		0円	
	令和3年4月 から 令和4年3月 まで			
	申請者及び申請者の主たる生計維持者の状況			
	職業・学校			
福島桃子	本人	18	学生	
福島一郎	父	50	会社員	
福島花子	母	48	会社員(パート)	

養成施設に在学している申請者の現住所を記入。

(住民票上の住所ではなく、実際に住んでいるところ。)

日中に連絡がつく番号(携帯電話など)を記載してください。

入学金は、継続貸与の場合には対象になりません。

貸与期間は原則1年間とし、来年度以降も継続貸与の対象で、申請を希望する場合は、毎年度申請が必要になります。

生計維持者とは基本的に父母(2名)です。

そのほか、

- ・父又は母(1名)のみいる場合は、原則その人(1名)となります。
- ・父母ともにいない場合は学生本人か学生本人が主として他の人の収入により生計を維持している場合はその人(複数いるときは主な人を1名)となります。

なお、これらは原則的な考え方であり、個別のケースについては別途ご相談ください。

理学療法士等を志した理由

福島県内で就業を希望する理由

(裏)

同種の修学のための資金の借受又は受給の有無		有 ・ 無				
卒業後の就職希望 市町村と就業先		福島県内の病院 (●●市予定)				
連 帯	氏名	福島 一郎	生年月日	昭和●年●月●日	本人との関係	父
	住所	郵便番号(960-8670)	職業	会社員		
		福島県福島市杉妻町2-16	勤務先	(株) ●●●● 電話番号(024-0000-0000)		
		電話番号 080(0000)0000	年収(税込み)	6,500,000 円		
日中に連絡がつく番号(携帯電話など) を記載してください。	生年月日	昭和●年●月●日	本人との関係	叔父		
証	職業	自営業				
	先	●●商事(株)		電話番号(024-000-0000)		
	収み)	7,000,000 円				

連帯保証人を変更する場合は、連帯保証人変更承認申請書を提出してください。併せて、新たな連帯保証人の本人確認書類(運転免許証の写し、住民票など)も提出してください。なお、以下に掲げる方は、新たに保証人となることができませんのでご注意ください。

ア 未成年、成年被後見人、被保佐人、民法第17条第

1項の審判を受けた被補助人

イ 修学資金の返済債務を負える程度の資力を有していないと認められる方

ウ 税金(国民健康保険料、住民税、固定資産税、自動車税など)や公共料金を滞納している方

心理学療法士等修学資金貸与条例第

をを受けた期間の二分の三相当の
います。

令和3年5月29日

福島県知事

ふりがな
申請者 氏名(署名) **福島 桃子**

(申請者が未成年の場合)
上記の申請について、同意します。
ふりがな
親権者又は後見人 氏名(署名) **福島 一郎**

上記の申請により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。

ふりがな
連帯保証人 氏名(署名) **福島 一郎**

ふりがな
連帯保証人 氏名(署名) **福島 次郎**