

様式第1号(第7条関係)

新見市介護学生奨学支援金給付申請書

年 月 日

新見市長様

申請者  
住所  
氏名

新見市介護学生奨学支援金の給付を受けたいので、新見市介護学生奨学支援金給付要綱第7条の規定により申請します。

申請	申請回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 継続 (受給番号 )			
	申請期間	年 月 から 年 月 まで			
対象者	ふりがな氏名			顔写真貼付欄  初回申請のみ、 申請前3か月 以内の撮影 縦3.0cm ×横2.4cm 無帽、無背景	
	生年月日	年 月 日	性別		
	現住所及び連絡先	〒 ( ) 電話 ( )			
	最終学歴	年 月	卒業		
保証人	ふりがな氏名				
	続柄				
	現住所及び連絡先	〒 ( ) 電話 ( )			
学校等	名称等	大学 学部 学校 学校 科			
	学年	第 学 年			
	所在地及び連絡先	〒 ( ) 電話 ( )			
	卒業見込年月	年 月			
添付書類	区 分	初回申請時	継続申請時	備考	
	<input type="checkbox"/> 1 在学証明書	要	要	学校等指定様式	
	<input type="checkbox"/> 2 成績証明書	要	要	学校等指定様式	
	<input type="checkbox"/> 3 健康診断書	要	不要	様式第2号	
	<input type="checkbox"/> 4 応募理由書	要	不要	様式第3号	
	<input type="checkbox"/> 5 確約書	要	不要	様式第4号	
	<input type="checkbox"/> 6 所得・課税証明書	要	不要	市区町村長発行のもの	