

年 月 日

福知山市長

申請者住所  
氏名  
電話番号

印

福知山市介護福祉士育成修学資金貸与申請書

福知山市介護福祉士育成修学資金の貸与に関する条例施行規則第3条第1項の規定により、福知山市介護福祉士育成修学資金の貸与を申請します。

なお、修学資金の貸与を受けた上は、養成施設等を卒業した日から1年を経過する日までに、福知山市内において、少なくとも3年間介護福祉士として介護等の業務に従事すること、それができない場合は、貸与を受けた修学資金の返還を誠実に履行することを誓約します。

また、貸付金に係る債権管理又は保全のため、資産及び収入状況について福知山市が調査することに同意します。

貸与希望額	年額			円
他の修学資金等の貸与の有無	<input type="checkbox"/> 有(名称: 年額 円) <input type="checkbox"/> 無			
本人	ふりがな氏名		生年月日	年 月 日生
	現住所	〒 電話番号		
	高等学校卒業時の住所	〒		
	卒業した又は在学中の高等学校	学校名 入学 年 月 日・卒業	(第 学年在学中) 年 月 日	
	養成施設等	学校名 入学 年 月 日・卒業予定	(第 学年在学中) 年 月 日	

連帯保証人	住所	〒 電話番号		
	ふりがな氏名		生年月日	年 月 日生
	本人との関係			
	勤務先	勤務先電話番号		

上記の者が上記修学資金の貸与を受けた上は、本人及び連帯保証人が相互に連帯して修学資金の返還の責めを負い、かつ、届出その他の義務について誠実に実行することを誓約します。

また貸付金に係る債権管理又は保全のために資産及び収入について福知山市が調査することに同意します。

連帯保証人氏名

印

備考

- (1) 連帯保証人は自著記入し実印を押印の上、印鑑証明書を添付してください。
- (2) 引き続き修学資金の貸与を受けようとするときの連帯保証人は、原則として先に貸与を受けたときと同じ者としてください。

法定代理人	住 所	〒		
	ふりがな 氏 名	電話番号		生年月日
	本人との関係	年	月	日生
	勤 務 先	勤務先電話番号		
上記の者が上記修学資金の貸与を受けることに同意します。				
法定代理人氏名				印

備考 法定代理人の同意は、申請者が未成年の場合にのみ必要になります。