

別記様式第1号（第4条関係） <記入見本>

該当する金額に○をつけてください。

奨学資金支給申請書

市立福知山市民病院奨学資金支給規程により、奨学資金（月額：3万円・

5万5千円・7万円・10万円）を支給くださるよう申請します。

令和8年4月○日

福知山市病院事業管理者 様

申請者	
ふりがな	みほん たろう
氏名	見本 太郎
生年月日	平成○年 4月 30日
住所	〒○○○-○○○○ 京都府福知山市・・・
電話番号	123-4567-8910
入学年月日	令和○年 4月 ○日
卒業予定年月	令和○年 3月
支給希望期間	2026年 4月～ 2027年 3月
大学又は看護学校等の名称	○○大学 等
学部・専攻科等の名称	○○学部 ○○科 等
連帯保証人	
氏名	見本 花子 印
住所	〒○○○-○○○○ 京都府福知山市・・・
申請者との続柄	母
連絡先・電話番号	019-8765-4321

今後書類をお送りする郵送先をご記入ください。（アパート名、部屋番号まで記入する。）途中で変更がある場合必ずご連絡ください。

印鑑登録証明書の印鑑を押印ください。

- ※ 支給希望期間は原則1か年とし、翌年度以降も支給を希望する場合は、その都度支給申請書を提出してください。
- ※ 連帯保証人の登録印を押印し、その印鑑証明書1通を添付してください。
- ※ 現在在学中の看護学校等の在学証明書1通を提出してください。
- ※ 前年又は直近に在学していた学校の成績証明書1通を提出してください。