

様式第1号（第6条関係）

令和 年 月 日

（宛先）厚木市長

住 所 \_\_\_\_\_

申請者 氏 名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

### 厚木市看護職等奨学金返済助成金交付申請書

厚木市看護職等奨学金返済助成金交付要綱第6条の規定に基づき、次のとおり助成金を申請します。

1 交付申請額 \_\_\_\_\_ 円 返済金額合計の2分の1（1円未満切捨て）

2 返済金額（令和 年度）

返済月	返済金額	返済月	返済金額
4月	円	10月	円
5月	円	11月	円
6月	円	12月	円
7月	円	1月	円
8月	円	2月	円
9月	円	3月	円
合計			円

3 添付書類

- (1) 住民票の写し
- (2) 雇用証明書
- (3) 看護職等の免許証の写し
- (4) 奨学金の貸与を証明する書類
- (5) 奨学金の返済を証明する書類

様式第2号（第6条関係）

## 雇用証明書

（宛先）厚木市長

令和 年 月 日

事業者名	
事業者所在地	
代表者氏名	⑩
連絡先	

下記の者は、次のとおり在職していることを証明します。

氏名	
住所	厚木市
勤務先	
在職年月日	年 月 日 ～ 年 月 日 (満了の場合のみ記入)
採用形態	1週間の勤務時間が1年を平均して30時間以上又は1月の勤務時間が120時間を超える勤務条件であり、市内の病院等を適用事業所とする社会保険の被保険者である。
職種	保健師・看護師・准看護師・助産師・歯科衛生士・管理栄養士・調剤業務を行う薬剤師・介護福祉士・社会福祉士・精神保健福祉士

様式第4号（第7条関係）

（宛先）厚木市長

住 所 \_\_\_\_\_

申請者 氏 名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

厚木市看護職等奨学金返済助成金交付請求書 兼 口座振替依頼書

令和 年 月 日付けで交付決定のあった助成金について、厚木市看護職等奨学金返済助成金交付要綱第7条の規定に基づき、次のとおり、助成金の交付を請求します。

なお、この助成金は次の指定口座へお振込みください。

1 請求金額

円

ただし、厚木市看護職等奨学金返済助成金として

2 指定口座

銀行 金庫 組合 (○で囲んでください。)	支 店 支 所 出張所 (○で囲んでください。)	普通 当座 (○で囲んでください。)
口座番号（右詰め）		
(フリガナ)		
(名義人氏名)		