

年 月 日

桜川市長 様

申請者 住 所
氏 名
生年月日 年 月 日（ 歳）
電話番号 — —

桜川市学びサポート事業奨学金返還支援助成金交付申請書兼請求書

年度桜川市学びサポート事業奨学金返還支援助成金の交付を受けたいので、桜川市学びサポート事業奨学金返還支援助成金交付要綱第6条第1項の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

1 申請内容

申請区分	初回 ・ 年目
奨学金の名称	
奨学金貸与機関の名称	
奨学金の返還開始日	年 月 日
奨学金の返還期間	年 月 ～ 年 月
奨学金の返還方法	月賦 ・ 半年賦 ・ 年賦 その他（ ）
期間中に返還した額	円
奨学金借入残額	円
交付申請額	円（上限10万円）
最終学歴	学 校 名： 卒業年月日： 年 月 日

※添付書類

- ・ 申請者の住民票の写し
- ・ 申請者の納税証明書（未納のないことの証明）
- ・ 奨学金貸与機関が発行する奨学金の貸与を証するもの
- ・ 奨学金の返還計画を証するもの
- ・ 奨学金の返還の事実を証するもの
- ・ 奨学金の借入残額を証するもの
- ・ 申請者が教育機関を卒業したことを証するもの

2 振込先口座

金融機関名	<input type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 信用金庫 <input type="radio"/> 信用組合			<input type="radio"/> 農業協同組合 <input type="radio"/> 労働金庫			本店／支店			
							店番			
口座の種類 及び口座番号	1 普通	2 当座	3 その他							
口座名義人	(フリガナ)									

※振込先は、受給者本人名義の口座としてください。

※ゆうちょ銀行を選択された場合は、「振込用の店名・預金種目・口座番号（7桁）」（通帳見開き下部に記載）を記入してください。

3 確認事項

- (1) 私は、市の担当部局が申請内容確認のために、市が保有する個人情報を照会することに同意します。
- (2) 私は、桜川市暴力団排除条例（平成24年桜川市条例第17号）第2条第2号に規定する暴力団員又は同条第3号に規定する暴力団員等若しくは暴力団員と社会的に避難されるべき関係を有しないことを誓約します。

署名
