

岬町奨学金返還支援事業助成金交付申請書

年 月 日

(宛先) 岬町長 宛

住所

申請者 氏名
電話番号

岬町奨学金返還支援事業助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

認定年月日及び 認定番号	年 月 日 第 号
助成事業期間	年 月から 年 月まで
助成事業期間中の 奨学金返還額	年間 円 … A (助成事業期間中の返還額)
助成金交付申請額	(A 円) $\times 1 / 2 =$ 円 … B (千円未満切捨て) 補助上限額 町内 100,000 円、町外 50,000 円 … C B と C を比較し、少ない方の額 円
添付書類	・奨学金の返還額を証する書類の写し (助成事業期間中のもの)
確認欄	<input type="checkbox"/> 対象となる期間の奨学金の返還を行ったこと。 <input type="checkbox"/> 就業していること。 <input type="checkbox"/> 町内に定住しており、今後 5 年以上定住する予定であること。 <input type="checkbox"/> 本町の町税及び奨学金を滞納していないこと。

様式第7号の1（第8条関係）

同 意 書

岬町奨学金返還支援事業助成金の交付を申請するにあたり、岬町奨学金返還支援事業助成金交付要綱第4条に定める交付対象者の資格要件を確認するため、世帯全員の住民基本台帳及び納税状況など必要な確認を町職員が行うことに同意します。

年 月 日

申請者 住 所
氏 名

※提出いただいた個人情報は、厳重に管理し、本事業以外の目的に使用しません。

※以下の記入は不要です。

住民基本台帳の世帯の確認欄		町税の滞納の有無確認欄	
有 ・ 無	(担当確認印)	有 ・ 無	(担当確認印)
国民健康保険料の滞納の有無確認欄		介護保険料の滞納の有無確認欄	
有 ・ 無	(担当確認印)	有 ・ 無	(担当確認印)
後期高齢者医療保険料の滞納の有無確認欄		保育料の滞納の有無確認欄	
有 ・ 無	(担当確認印)	有 ・ 無	(担当確認印)

様式第7号の2（第8条関係）

誓 約 書

年 月 日

岬町長 田代 堯 様

住 所
氏 名

私は、岬町奨学金返還支援事業助成金の交付申請に当たり、岬町奨学金返還支援事業助成金交付要綱（以下「要綱」という。）第4条に定める交付対象者の要件を満たしていることを誓約します。

また、町長が要綱の規定に違反すると認める場合は、奨学金返還支援事業助成金の交付決定の取り消しに同意するとともに、既に交付を受けた奨学金返還支援事業助成金を返還することを誓約します。