第1号様式（第6条関係）

年 　月　 日

箱根町長　様

申請者　住　　所

氏　　名

電話番号

箱根町保健師・保育士・幼稚園教諭奨学金返済支援補助金交付申請書

箱根町保健師・保育士・幼稚園教諭奨学金返済支援補助金の交付を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

１　交付申請額　　　　　　　　　　　　円

※返済金額の合計×70％（１円未満切捨て、上限20万円）

２　返済計画

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 返済  予定月 | 返済予定金額 | 返済  予定月 | 返済予定金額 |
| 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 |
| 返済予定金額合計 | | 円 | |

３　添付資料

　(1)　雇用証明書（第2号様式）

　(2)　保健師免許証の写し又は幼稚園教諭免許状及び保育士登録証の写し

(3)　奨学金の貸与を受けていることを証明する書類