

年 月 日

神栖市医師教育資金利子補給金交付承認申請書

神栖市長 様

申請者 住所
 氏名 印
 生年月日 年 月 日生
 電話番号

医師教育資金利子補給金の交付を承認していただきたいので、神栖市医師教育資金利子補給金交付要項第5条の規定に基づき、申請します。

ふりがな		続柄		生年月日	
修学生氏名		修学資金貸与条例貸与決定番号			
学校名		修業年限	年(現在 年生)		
入学年月日		卒業予定年月日			
教育資金借入情報					
金融機関名		支店名			
借入金額	円	借入日			
種別	教育ローン(証書貸付型) その他()	返済方法	元利均等返済型(ボーナス併用) 元本据置期間(~)		
初回返済日		最終返済予定日			
借入金返済期間	年 月 日から 年 月 日まで				
借入利率	年利 % (年 月現在)				
利子補給金振込先					
振込先口座	金融機関名		支店名		口座種別
	口座番号		口座名義人	ふりがな	

添付書類

- (1) 金融機関との資金貸付契約書の写し及び償還表の写し
- (2) 神栖市医師及び看護師修学資金貸与条例施行規則第4条第2項に規定する修学資金貸与承認決定通知書の写し
- (3) その他市長が必要と認める書類