

令和 年 月 日

四国中央市長 様

住所
氏名
生年月日
電話番号
対象児童との続柄

補助金の交付を受けたいので、四国中央市出産世帯奨学金等返還事業費補助金交付要綱
第 9 条の規定により、下記とおり申請します。

記

1 対象児童

フリガナ	生年月日	母子健康手帳の交付年月日
氏名		

2 申請者の配偶者

フリガナ	生年月日	住所
氏名		
		☐ 申請者と同じ

(裏)

3 交付申請額

奨学金等の名称	債務者又は連帯債務者	返還日	補助対象経費
補助対象経費の合計額			
補助対象経費の限度額			
交付申請額			

備考

- 1 補助対象経費の合計額に1,000円未満の端数があるときは、その端数を切り捨てること。
- 2 交付申請額は、補助対象経費の合計額と補助対象経費の限度額のいずれか少ない額とすること。

4 添付書類

- (1) 申請者及び対象児童の住民票の写し
- (2) 戸籍謄本その他の対象児童の出生の日における申請者及び配偶者（未婚のひとり親の世帯にあっては申請者）の年齢が確認できる書類の写し
- (3) 奨学金等を貸与する機関が発行する貸与を証する書類の写し
- (4) 奨学金等を貸与する機関が発行する返還計画の明細を確認することができる書類の写し
- (5) 預金通帳、領収書その他の奨学金等の返還額を証する書類の写し
- (6) 母子健康手帳の表紙の写し
- (7) 市税等において未納がないことを証する書類
- (8) 市長が必要と認める書類

