

様式第8号（第8条関係）

年 月 日

（宛先）浜 松 市 長

浜松市介護職員等奨学金返済支援奨励金交付請求書

申請者 住 所  
氏 名 印

年 月 日付け 第 号で決定を受けた奨励金について、浜松市介護職員等奨学金返済支援奨励金交付要綱第8条の規定により請求します。市に対する私の債権に係る支払は、次の口座に振込んでください。

請求金額 金 \_\_\_\_\_ 円  
（内訳 月から 月分）

振込先

フリガナ							
口座名義人							
振込先金融機関	銀行						本店
	金庫						支店・営業部
	農協						出張所
預金種別・口座番号	普通・当座・貯蓄・別段・その他						

※口座番号は7桁で記入してください。7桁に満たない場合は頭に0をつけてください。

浜松市介護職員等奨学金返済支援奨励金の交付請求について、下記のとおり証明します。\_\_\_\_\_は請求日現在、介護職員等として週36時間以上の勤務を継続しています。

法人所在地  
法 人 名  
代 表 者

（署名又は記名押印をしてください。）

連絡先電話番号

（担当者氏名 \_\_\_\_\_）