

様式第1号（第6条関係）

記載例

雇用された日から3年経過していないこと

令和●年 ●月 ●●日

（宛先）浜松市長

自署（手書き）の場合、押印は無くても構いません

住所 浜松市中区元城町103-2

申請者 氏名 浜松 太郎

（署名又は記名押印をしてください。）

連絡先 090-●●●●-●●●●

浜松市介護職員等奨学金返済支援奨励金交付申請書

浜松市介護職員等奨学金返済支援奨励金交付要綱第6条の規定に基づき、次のとおり申請します。

記

1 交付申請額 金112,000円 年間返済金額÷2（千円未満切捨て）

2 返済計画書

返済月	返済金額	返済月	返済金額
4月	18,769円	10月	18,769円
5月	18,769円	11月	18,769円
6月	18,769円	12月	18,769円
7月	18,769円	1月	18,769円
8月	18,769円	2月	18,769円
9月	18,769円	3月	18,769円
年間返済金額		225,228円	

3 添付書類

- （1）雇用証明書（様式第2号）
- （2）貸与機関の発行する奨学金の貸与証明書その他奨学金の貸与を受けていることを証明する資料
- （3）同意書（様式第3号）
- （4）暴力団排除に関する誓約書（様式第4号）
- （5）その他市長が必要と認めた資料（市外に居住する方は納税証明書等未納が確認できる資料）

雇用証明書

(宛先) 浜松市長

申請日から前1ヶ月以内

令和●年●●月●●日

法人所在地 東京都●●区●●●-●●-●●●

法人名 株式会社●●●●

代表者 ●● ●●
(署名又は記名押印をしてください。)

連絡先 03-●●●●-●●●●

取締役之印 ●●株式会社●●代表●●

法人の証明。事業所ではないので注意!!
(法人の証明が取りづらい場合はご相談ください。)

自署(手書き)の場合、押印は無くても構いません

下記の者は、次のとおり在職し、介護職員等として勤務していることを証明します。

記

氏名	浜松 太郎
住所	浜松市中区元城町103-2
勤務先	●●●●デイサービス
連絡先	053-●●●●-●●●●
採用年月日	令和●年 ●●月 ●●日
採用形態	常勤(週36時間以上勤務)
備考	

同意書

（宛先）浜松市長

私は、浜松市介護職員等奨学金返済支援奨励金交付要綱に係る奨励金交付申請にあたって、次の事項について同意します。

記

同意事項

- （1）私の住民記録の登録について、浜松市が確認すること。
- （2）市税の納付状況について、浜松市が確認すること。
- （3）私の当該制度の利用情報について、浜松市が関係機関に照会すること。
- （4）私の在籍状況について、浜松市が介護サービス事業所又は関係機関へ確認をすること。

申請日と同一日

令和●年●●月●●日

住所 浜松市中区元城町103-2

氏名 浜松 太郎

浜松

自署（手書き）の場合、押印は無くても構いません

（署名又は記名押印をしてください。）

暴力団排除に関する誓約書

浜松市介護職員等奨学金返済支援奨励金の交付申請にあたり、下記事項について誓約します。

また、浜松市が暴力団排除に必要な場合には、静岡県警察本部又は管轄警察署に照会することを承諾します。

記

- 1 次に掲げる者のいずれにも該当しません。
- (1) 暴力団（浜松市暴力団排除条例(平成24年浜松市条例第81号。以下「条例」という。)第2条第1号に規定する暴力団をいう。)
 - (2) 暴力団員等（条例第2条第4号に規定する暴力団員等をいう。以下同じ。)
 - (3) 暴力団員等と密接な関係を有する者
 - (4) 前3号に掲げる者のいずれかが役員等(無限責任社員、取締役、執行役若しくは監査役又はこれらに準じるべき者、支配人及び清算人をいう。)となっている法人その他の団体

令和●年●●月●●日

申請日と同一日

(宛先) 浜松市長

(誓約者)

住所 浜松市中区元城町103-2

氏名 浜松 太郎

浜松

(署名又は記名押印をしてください。)

自署（手書き）の場合、押印は無くても構いません

記載例

様式第8号（第8条関係）

令和●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

申請書に押印している場合は同じ印鑑
（通帳印と異なっても問題ない。）

交付決定通知書の右上の日付と番号を
記載してください。

申請者 住 所 浜松市中区元城町103-2
氏 名 浜松 太郎



令和●年 ●月●日付け浜松市指令健介第●●●●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112,000 円
（内訳 令和2年4月から 令和3年3月分）

振込先

フリガナ	ハマツ タロウ						
口座名義人	浜松 太郎						
振込先金融機関	●●	銀行	●●	●●	支店	●●	本店 営業部 出張所
預金種別・口座番号	普通	●	●	●	●	●	●

※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。浜松太郎は請求日現在、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。

法人の証明。事業所ではない
ので注意!!
（法人の証明が取りづらい
場合はご相談ください。）

法人所在地 東京都●●区●●●●-●●-●●

法 人 名 株式会社●●●●

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 03-●●●●-●●●●

（担当者氏名 総務課 ●● ）

不明な場合は未記入でも
構いません。