

宮 津 市 長 様
 伊 根 町 長 様
 与 謝 野 町 長 様

申請者 氏名 印
 (法定代理人 氏名 印)

令和8年度 看護師等修学資金貸与申請書

宮津市看護師等修学資金の貸与に関する条例、伊根町看護師等修学資金の貸与に関する条例並びに与謝野町看護師等修学資金の貸与に関する条例に基づく修学資金の貸与を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日 (満 歳)	
現 住 所	〒 メールアドレス () 電話番号 (- -)			
その他の連絡先	〒 電話番号 (- -)			
在学している 学 校 名 等	名 称			
	所 在 地			
	学 部 学 科 名 等		学年	
	入 学、卒 業 年 月	入 学	年 月、卒業(修了)予定	年 月
貸与期間	貸 与 額	万円		
	貸与希望期間	年 月	から	年 月
連帯保証人	1	ふりがな 氏名	申請者との続柄	
		住 所	〒 電話番号 - -	
		職 業	年 収	税込 万円
	2	ふりがな 氏名	申請者との続柄	
		住 所	〒 電話番号 - -	
		職 業	年 収	税込 万円
上記申請者が貸与を受ける修学資金については、本人と連帯して一切の金銭債務を負担することを約します。				
		連帯保証人	印	
		連帯保証人	印	

(注1) 申請者が未成年者の場合は、連帯保証人のうち1人は法定代理人とし、申請者の下欄に法定代理人も署名し、押印すること。

(注2) 申請者は、連帯保証人2名のうち1名は、必ず申請者の父若しくは母又はこれに代わる者とし、もう1名の連帯保証人は、経済的に独立した世帯の者とする。

年 月 日

宮 津 市 長 様
伊 根 町 長 様
与 謝 野 町 長 様

申 請 者 住 所 〒
氏 名 印

法定代理人 住 所 〒
氏 名 印

誓 約 書

私は、宮津市看護師等修学資金の貸与に関する条例、伊根町看護師等修学資金等の貸与に関する条例並びに与謝野町看護師等修学資金の貸与に関する条例に基づき、修学資金の貸与を受けることとなったときは、同条例及び宮津市地看護師等修学資金の貸与に関する条例施行規則、伊根町看護師等修学資金の貸与に関する条例施行規則並びに与謝野町看護師等修学資金の貸与に関する条例施行規則の規定を遵守し、同条例及び同条例施行規則に規定する必要勤務期間、地域医療機関における看護師等の業務に従事することを誓約します。

様式第3号（北部医療センター用）

看護師等修学資金貸与者推薦調書

貸与希望者 氏名		生年月日	年 月 日生（満 歳）
住 所	郵便番号（ - ）		
養成施設 （学校名等）			
所在地	郵便番号（ - ） 電話番号（ ）		
学 年	第 学年		
成績概評			
人物概評			
健康状態			
その他推薦 の参考事項			
上記の者は、宮津市看護師等修学資金、伊根町看護師等修学資金並びに与謝野町看護師等修学資金の貸与者として、適当と認められますので推薦します。			
年 月 日			
宮 津 市 長 様			
伊 根 町 長 様			
与 謝 野 町 長 様			
推薦者 所 属			
氏 名			
印			

（注）申請者が所属する機関（学校等の養成施設）が作成すること。

推薦書は所属する機関の代表者等によること。

年 月 日

宮津市長様
伊根町長様
与謝野町長様

貸与決定者 住所
氏名 印
電話番号
連帯保証人 住所
氏名 印
電話番号
連帯保証人 住所
氏名 印
電話番号

看護師等修学資金貸与辞退届

宮津市看護師等修学資金、伊根町看護師等修学資金並びに与謝野町看護師等修学資金の貸与を辞退しますので、下記のとおり届出ます。

養成施設 (学校名等)	
所在地	郵便番号 (-) 電話番号 ()
学 年	第 学年
貸 与 期 間	年 月から 年 月まで
辞 退 期 日	年 月 日
受 領 修 学 資 金	年 月分まで 円
理 由	

年 月 日

宮 津 市 長 様
伊 根 町 長 様
与 謝 野 町 長 様

貸与決定者 住所

氏 名

印

看護師等修学資金返還猶予申請書

宮津市看護師等修学資金、伊根町看護師等修学資金並びに与謝野町看護師等修学資金の返還の猶予を下記のとおり申請します。

猶予を受けようとする額（借用金額）	円
猶予を受けようとする期間	年 月 日から 年 月 日
猶 予 の 申 請 理 由	
猶予期間における養成施設 （学校名等）	所在地 名称等
(養成施設の証明) 上記の者は、当養成施設において修学していることを証明します。 年 月 日 養成施設名等 証 明 者 印	

年 月 日

宮 津 市 長 様
伊 根 町 長 様
与 謝 野 町 長 様

貸与決定者 住 所
氏 名 印
電話番号

連帯保証人 住 所
氏 名 印
電話番号

連帯保証人 住 所
氏 名 印
電話番号

看 護 師 等 修 学 資 金 返 還 免 除 申 請 書

宮津市看護師等修学資金、伊根町看護師等修学資金並びに与謝野町地看護師等修学資金の返還の免除を下記のとおり申請します。

免除を受けようとする額 (貸 与 金 額)	円
貸 与 期 間	年 月 日から 年 月 日
免 除 の 申 請 理 由	

(注) 申請理由を証明する書類を添付すること。