様式１

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

山形県知事　　　殿

中山町長　　　　殿

山形県若者定着奨学金返還支援事業助成候補者認定申請書【市町村連携枠】

平成３０年度山形県若者定着奨学金返還支援事業募集要項（中山町）【市町村連携枠　追加募集】の規定に基づき、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 高校名 | 卒業  　　　　　　　　　　　　　　　　　　卒業見込み | | | | | | | |
| ふりがな  氏名 |  | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | | 性別 | | □男　□女 |
| 住所 | 〒 | | | | | | | |
| 電話番号 | 自宅 |  | | | 携帯 | |  | |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  | | | | | | | |
| 保護者 | ふりがな  氏名 |  | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | |
| 電話番号 | 自宅 |  | | | 携帯 | |  | |
| 世帯人数  （申請者と生計が同一の人数、内訳を記載） | 人 | □本人　　□父　　□母　　□兄弟姉妹（　　）人  □祖父母（　　　）人　　　□その他　（　　）人 | | | | | | | |
| 修学(予定）先 | 名称 |  | | | | | | | |
| 学年 | 第 　 学年　　　　　※平成31年4月時点 | | | | | | | |
| 所在都道府県 |  | | 卒業予定年月 | | | | 平成　　年　　月 | |
| 貸与を受ける  日本学生支援機構第一種奨学金又は第二種奨学金 | 種　　類 | （第一種・第二種）  □予約採用　□在学採用　□貸与中 | | | | | | | |
| 金　　額 | 毎月　　　　　　　円 | | | 貸与総額　　　　　　　円 | | | | |
| 貸与予定期間 | 年　　月～　　　　年　　月まで　　か月 | | | | | | | |
| 返還支援  予定額 | 26,000円 ×（　　　　　）月　＝　　　　　　　円  ↑平成31年4月以降に奨学金の貸付を受ける予定の月数  ◎支援の申請時点の返還残額や大学等卒業後の居住地等で支援額は変わります。 | | | | | | | | |
| 就業予定分野  （○で囲む） | ア　商工分野　　　　イ　農林水産分野　　ウ　建設分野  エ　医療・福祉分野　オ　その他（　　　　　　　　　）  ※別表「助成対象分野一覧」を参考に記入すること。 | | | | | | | | |
| 将来山形県で  働くことを希望する理由  （100字程度） |  | | | | | | | | |
| １　私は、山形県又は県内市町村がＵターン関係情報の提供にあたり、申請書記載の各事項を使用することに同意します。  ２　私は、山形県又は県内市町村が実施する就職セミナー等に積極的に参加します。  ３　私は、平成３０年度山形県若者定着奨学金返還支援事業募集要項（中山町）【市町村連携枠　追加募集】の１－（６）の規定に該当する者ではありません。  　　　　　　年　　月　　日　　　（氏名自署） | | | | | | | | | |
| 保護者同意欄 | （保護者氏名自署） | | | | | | | | |

様式２

　　年　　月　　日

山形県知事　　　殿

中山町長　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

状況報告書【市町村連携枠】

平成３０年度山形県若者定着奨学金返還支援事業募集要項（中山町）【市町村連携枠　追加募集】の規定に基づき、次のとおり報告します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 変更 |  |  | | | | | |
| 助成候補者 |  | ふりがな  氏名 |  | | | | | |
|  | 生年月日 | 年　　月　　日 | | | 性別 | | □男　□女 |
|  | 住所 | 〒 | | | | | |
|  | 電話番号 | 自宅 |  | 携帯 | |  | |
|  | ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  | | | | | |
| 保護者 |  | ふりがな  氏名 |  | | | | | |
|  | 住所 | 〒 | | | | | |
|  | 電話番号 | 自宅 |  | 携帯 | |  | |
| 修学先 |  | 名称 |  | | | | | |
|  | 所在地 | 〒 | | | | | |
|  | 学年 | 第 　 学年 | | | | | |
|  | 卒業予定年月 | 年　　　月 | | | | | |
| 貸与を受ける日本学生支援機構第一種奨学金又は第二種奨学金 |  | 金　　額 | 毎月　　　　　　　　円 | | | | | |
|  | 貸与予定期間 | 年　　月～　　　　年　　月まで 　か月 | | | | | |
|  | 貸与総額 | 円　※貸与月額×上記の貸与月数 | | | | | |
| 返還支援  予定額 |  | 26,000円 ×（　　　　　）月　＝　　　　　　　円  ↑平成31年4月以降に奨学金の貸付を受ける予定の月数  ◎助成金交付申請時点での返還残額や居住地によって支援額は変わります。 | | | | | | |

　　※修学先の在学証明書、奨学生証の写しを添付すること。

　　※変更があった場合は、「変更」欄に「○」をつけ、該当部分を記載すること。

　様式３

　　年　　月　　日

山形県知事　　　殿

中山町長　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

在学期間延長承認申請書【市町村連携枠】

平成３０年度山形県若者定着奨学金返還支援事業募集要項（中山町）【市町村連携枠　追加募集】の規定に基づき、進学先大学等を卒業（修了）するまで在学期間を延長したいので、承認くださるよう申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成候補者 | ふりがな  氏名 |  | | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | 性別 | | □男　□女 |
| 住所 | 〒 | | | | | |
| 電話番号 | 自宅 |  | 携帯 | |  | |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  | | | | | |
| 保護者 | ふりがな  氏名 |  | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | |
| 電話番号 | 自宅 |  | 携帯 | |  | |  |
| 卒業大学等 | 名称 |  | | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | | |
| 卒業年月 | 年　　　月 | | | | | |
| 進学大学等 | 名称 |  | | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | | |
| 卒業予定年月 | 年　　　月 | | | | | |

　※大学等の卒業証明書、進学先の在学証明書を添付すること。

大学院への進学や短期大学から４年制大学への編入などにあたり、新たに貸与を受けた奨学金について山形県若者定着奨学金返還支援事業による支援を希望する場合には、改めて助成候補者の認定申請を行う必要があります。

様式４

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

山形県知事　　　殿

中山町長　　　　殿

氏名

就業状況等報告書【市町村連携枠】

平成３０年度山形県若者定着奨学金返還支援事業募集要項（中山町）【市町村連携枠　追加募集】の規定に基づき、次のとおり報告します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成候補者 | ふりがな  氏名 |  | | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | 性別 | | □男　□女 |
| 住所 | 〒 | | | | | |
| 電話番号 | 自宅 |  | 携帯 | |  | |
| 就業先 | 就業先  名　称  職種職名 |  | | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | | |
| 就業開始日 | 年　　　月　　　日 | | | | | |
| 日本学生支援機構奨学金  貸与実績 | 貸与金額 | （第一種・第二種）奨学金　毎月　　　　　　　円 | | | | | |
| 貸与期間 | 年　　月～　　　　年　　月まで　　か月 | | | | | |
| 貸与総額 | 円 ※貸与月額×上記の貸与月数 | | | | | |
| 就業分野  （○で囲む） | ア　商工分野　　　　イ　農林水産分野　　ウ　建設分野  エ　医療・福祉分野　オ　その他（　　　　　　　　　）  ※別表「助成対象分野一覧」を参考に記入すること。 | | | | | | |

　参　考

　在　職　証　明　書（例）

住　　　所

氏名

生年月日

就業先名

就業地

上記就業地での

就業開始の日　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

契約期間　　　　契約期間の定め 無し ・ 有り

職名及び職務内容

＊病院、福祉施設の場合は、医師、看護師、介護福祉士として就業している場合には本事業の支援の対象とはなりません。

上記内容にて在職していることを証明します。

年　　月　　日

事業所所在地

事業所名称

代表者名

**上記の項目が入っていれば、任意の様式で構いません。**

様式５

　　年　　月　　日

山形県知事　　　殿

中山町長　　　　殿

申請者　　住所　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　 　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

求職・離職期間延長承認申請書【市町村連携枠】

　平成３０年度山形県若者定着奨学金返還支援事業募集要項（中山町）【市町村連携枠　追加募集】の規定に基づき、求職・離職期間を延長したいので、承認くださるよう申請します。

記

　１　求職・離職期間延長理由

様式６

　　　　年　　月　　日

山形県知事　　　殿

中山町長　　　　殿

申請者　　住所　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　 　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

認定辞退申請書【市町村連携枠】

　　　　　年　　月　　日付け　記号番号　　　　　　　　で通知のあった助成候補者の認定について、下記の理由により辞退したいので、申請します。

記

　１　辞退理由