佐世保市奨学金等返還補助金交付申請資格選定申請書(代理返還用)

			年	月	日
左世保市長 様					
	申請者	住 所 〒			
		会社名 代表者名			(FI)
		代理返還支援対象者名(電話番号)	
		担当者名			

「SASEBO Life をはじめよう!」佐世保市奨学金等返還補助金要綱第6条の規定により、補助金交付申請資格の選定申請を行います。また、この申請に関して、佐世保市が、申請者及び代理返還支援対象者の住民登録状況、奨学金の貸与・返還に係る状況、就労状況、税等の納付状況を確認することに同意します。

記

奨学金等名称	
奨学金等貸与機関名称	
要件充足(予定)日	年 月 日
(要綱第3条第2項の要件を全て満たす日)	
代理返還支援対象者	(フリガナ) 氏 名 住 所 佐世保市 電話番号 本人による奨学金返還の有無 有 ・ 無
代理返還期間	令和 年 月~令和 年 月 (月)
要件充足(予定)日から年末までの 代理返還予定金額	円
来年以降の	来年以降の補助対象経費の上限となりますので、精査の上ご記入ください。
年間返還予定金額	円