様式第１号の２（第６条関係）

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

佐世保市長 様

申請者　　住 所　〒

　　　　　会社名

　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　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(要綱第３条第２項の要件を全て満たす日) | 　　　　年　　　　月　　　　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 |
| 来年以降の年間返還予定金額 | 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。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |