

若年出産世帯奨学金返還支援補助金申請明細書

申請者 (A)	住所	伊方町			生年月日	
	フリガナ 氏名	()			平成 年 月 日	
右記を確認し☑を記入		<input type="checkbox"/> 同趣旨又は同期間の他の奨学金返還支援を受けていません。 <input type="checkbox"/> 上記の者は奨学金返還を滞納した事実はありません。			対象児童出生日 時点の年齢	歳
Aの配偶者 又は対象児童 の認知者	住所				生年月日	
	フリガナ 氏名	()			平成 年 月 日	
右記を確認し☑を記入		<input type="checkbox"/> 同趣旨又は同期間の他の奨学金返還支援を受けていません。 <input type="checkbox"/> 上記の者は奨学金返還を滞納した事実はありません。			対象児童出生日 時点の年齢	歳
対象児童	フリガナ 氏名	()		生年月日	令和 年 月 日	
	母子健康手帳発行自治体			発行日	令和 年 月 日	交付番号
奨学金を 返還した者	奨学金貸付機関名		補助対象とする返還金額 (繰上償還分を含む。)		小 計	
			定期返還	円	円	
			繰上償還	円		
			定期返還	円	円	
			繰上償還	円		
対象児童の出生日前に支払った経費は補助対象としない。			補助対象経費合計		円	
			前年度受給済 補助金額		,000 円	
			補助金請求額		,000 円	

○下記の資料を添付すること。

<input type="checkbox"/> 補助金振込先口座の通帳写し等 (金融機関名、支店名、口座種別、口座番号、口座名義人が分かるもの) <input type="checkbox"/> 関係3者の住所、続柄のほか、対象児童の出生時点の父母の年齢が分かる書類 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳の写し (発行自治体、発行日、交付番号及び母子の氏名が分かるもの) ※母子健康手帳を持参する場合は必要ありません。 <input type="checkbox"/> 奨学金等の貸与を証する書類 (奨学金貸与機関が発行したもの) <input type="checkbox"/> 補助対象期間中の奨学金の返済額を証する書類 (預金通帳の名義人及び返済額が分かる書類又は領収証等) <input type="checkbox"/> 申請日までの奨学金等の返還額を証する書類 (預金通帳、領収書等の写し) <input type="checkbox"/> 返済計画を確認することができる書類
