

別記

様式第1号（第2条関係）

（表）

看護師等修学資金貸付申請書

年 月 日

銚子市長 様

申請者（本人）氏名 印

修学資金の貸付けを受けたいので、銚子市看護師等修学資金貸付条例第4条第1項（同条例第15条において準用する場合を含む。）の規定により、次のとおり申請します。

修学資金の種類及び貸付申請額	☐ 銚子市内医療機関勤務看護師等修学資金		月 額		円	
	☐ 銚子市立病院勤務看護師等修学資金		月 額		円	
貸付期間	年 月 日から 年 月 日まで					
申請者本人	ふりがな			生年月日	年 月 日	
	氏 名			年 齢	満 歳	性別 男 ・ 女
	本 籍					
	現 住 所 及び連絡先	〒（ ） 電話番号（ ）				
	帰省先住所 及び連絡先	〒（ ） 電話番号（ ）				
看護師等養成施設の名称等	名 称					
	学部・学科等	学部 学科			学年	年
	所 在 地	〒（ ） 電話番号（ ）				
	入 学 年 月	年 月		卒業見込年月	年 月	
家族の状況	ふりがな氏名	続柄	年 齢	職 業	勤 務 先	住 所

(裏)

保 証 人	ふりがな		生年月日	年 月 日		
	氏 名	印	年 齢	満 歳	性別	男 ・ 女
	本 籍				続柄	
	現住所及び連絡先	〒 () 電話番号 ()				
	職 業		年収(税込み)			
	勤 務 先					
保 証 人	ふりがな		生年月日	年 月 日		
	氏 名	印	年 齢	満 歳	性別	男 ・ 女
	本 籍				続柄	
	現住所及び連絡先	〒 () 電話番号 ()				
	職 業		年収(税込み)			
	勤 務 先					
申 請 の 理 由						
他の奨学金等を受けている場合は、その名称						

(申請者が未成年者である場合)
上記の申請について同意します。

親権を行う者又は未成年後見人 住所
氏名 印
(印鑑証明書添付)

様式第2号（第2条第1号関係）

誓約書

年 月 日

銚子市長 様

本人住所
氏名 印

私は、修学資金の貸付けの決定を受けた場合は、銚子市看護師等修学資金貸付条例（以下「条例」という。）及び銚子市看護師等修学資金貸付条例施行規則（以下「規則」という。）の規定を守り、貸付学生としての品位を保つとともに、看護師等養成施設を卒業した後1年2月以内に看護師又は准看護師となり、直ちに看護師又は准看護師として市内の医療機関（銚子市立病院）に就業し、勤務することを誓約します。

私は、条例に基づき、修学資金の返還の義務が生じたときは、返還期限までに確実に返還することを誓約します。

連帯保証人住所
氏名 実印

（住民票の写し、押印した実印の印鑑証明書及び所得を証する書類添付してください）

連帯保証人住所
氏名 実印

（住民票の写し、押印した実印の印鑑証明書及び所得を証する書類添付してください）

連帯保証人は、条例及び規則に従い、銚子市看護師等修学資金の返還債務を本人と連帯して負担することを誓約します。

様式第3号（第2条第4号関係）

健康診断書

氏 名			性 別	男・女	生 年 月 日	年 月 日
身 長			cm	体 重	kg	
既 往 歴	病名 期間 年 月～ 年 月					
ツベルクリ ン 反 応	陽性（ 年陽転）・疑陽性・陰性			B C G 最 終 接 種	年 月	
視 力	左	矯 正	左		間接・直接 （ 年 月 日撮影）	
	右	視 力	右			
眼 疾	有（ ）・無			X 線 写 真 所 見	所 見	
色 神	正常・赤緑色弱・赤緑色盲・全色盲					
聴 力	左	正常・やや難聴・難聴				
	右	正常・やや難聴・難聴		赤 沈 検 査	1時間値 mm	
耳 疾	有（ ）・無				2時間値 mm （ 年 月 日検査）	
精神状態・言語				腹 部 所 見		
鼻 及 び 咽 喉 頭				四 肢		
血 圧	～ mmHg			皮 膚 病		
そ の 他 の 検 査				検 尿		
判 定						
上記のとおり診断します。 年 月 日 所 在 地 医療機関名 医 師 氏 名 印						

注 申請の日前2月以内に作成したものであること。

看護師等修学資金振込口座届

年 月 日

銚子市長 様

修学資金貸付決定番号 年度 第 号
住 所
ふりがな
氏 名 印
(電話番号：)

看護師等修学資金の振込先口座を次のとおり届け出ます。

		銀 行・労 働 金 庫 信 用 金 庫・信 用 組 合 農業協同組合・信 漁 連	本 店 支 店 出張所	
口座 種 別	1 普通預金	金融機関コード	店舗コード	口座番号（右づめで記入）
	2 当座預金			
	3 そ の 他			
フリガナ				
口座名義人				

注 口座名義人は、必ず貸付けを受ける本人の名義であること。

保証人異動届

年 月 日

銚子市長 様

修学資金貸付決定番号 年度 第 号
住所
氏名 印

1 氏名又は住所の変更

保証人 について、次のとおり変更が生じたので、届け出ます。

保証人氏名	印	生年月日	年 月 日
住 所 及び連絡先	〒 () 電話番号 ()		続 柄
旧 氏 名			
旧 住 所	〒 ()		

添付書類 上記変更を証する書類
保証人の印鑑証明書

2 死亡

保証人 は、次のとおり 年 月 日死亡しましたので、除籍抄本を添えて届け出ます。

保 証 人 氏 名		生年月日 及び年齢	年 月 日 歳
死 亡 時 の 住 所	〒 () 電話番号 ()	続 柄	

添付書類 除籍抄本

3 破産の宣告等

保証人 について、次のとおり破産の宣告その他保証人としての適性を失う理由が生じたので、届け出ます。

保証人としての適性を 失う理由	
--------------------	--

保証人変更承認申請書兼保証人誓約書

年 月 日

銚子市長 様

修学資金貸付決定番号 年度 第 号
住所
氏名 印

次のとおり保証人を変更したいので、承認して下さるよう申請します。

新 保 証 人	ふりがな		生年月日	年 月 日		
	氏 名		年 齢	満 歳	性 別	男 ・ 女
	本 籍				続柄	
	住 所 及 び 連 絡 先	〒 () 電話番号 ()				
	職 業		年収(税込み)			
	勤 務 先					
変更しようとする理由						

旧保証人_____に代わって連帯保証人となることを承諾します。

連帯保証人は、 年 月 日付けて_____が銚子市と締結した看護師等修学資金貸付契約書及び連帯保証契約書並びに銚子市看護師等修学資金貸付条例及び銚子市看護師等修学資金貸付条例施行規則に従い、修学資金の返還債務を本人と連帯して負担することを誓約します。

連帯保証人 氏 名 印
(住民票の写し、印鑑証明書及び所得を証する書類添付)

看護師等修学資金辞退届

年 月 日

銚子市長 様

修学資金貸付決定番号 年度 第 号

借受人 住所
氏名 印

次のとおり修学資金の貸付けを辞退したいので、銚子市看護師等修学資金貸付条例施行規則第 8 条（同規則第 1 8 条において準用する場合を含む。）の規定により届け出ます。

ふ り が な		看護師等 養成施設 の名称等	科 第 学年在学
借 受 人 氏 名			
生 年 月 日 及 び 年 齢	年 月 日 (歳)		
現住所及び 連絡先	〒 () 電話番号 ()		
辞 退 す る 理 由			

看護師等修学資金借用証書

年 月 日

銚子市長 様

修学資金貸付決定番号 年度 第 号

借受人 住所
氏名 印

（電話番号： ）

看護師等修学資金の貸付けを受け、次の金額を借用しました。

借用金額 円

（表）

看護師等修学資金返還債務免除申請書

年 月 日

銚子市長 様

修学資金貸付決定番号 年度 第 号

申請者 住所
氏名 印
借受人との関係
（電話番号： ）

次のとおり修学資金の返還の債務の免除を受けたいので、別紙証明書類を添えて申請します。

ふりがな		生年月日	年 月 日		
借受人 氏名		年 齢	満 歳	性 別	男 ・ 女
住 所 及び連絡先	〒（ ） 電話番号（ ）				
貸付けを受けた時の看護 師等養成施設の名称					
貸付けを受けた期間	年 月 から 年 月 まで				
貸付けを受けた金額	円				
返還免除を希望する金額	円				
理 由	条例第 8 ・ 9 条第 1 ・ 2 ・ 3 号に該当				

(裏)

[illegible]

看護師等修学資金返還期間延長申請書

年 月 日

銚子市長 様

修学資金貸付決定番号 年度 第 号

申請者 住所
氏名 印
借受人との関係
(電話番号：)

次のとおり修学資金の返還期間を延長して下さるよう申請します。

1 返還すべき額 円

2 返還事由

(1) 発生年月日 年 月 日

(2) 理 由

3 延長を希望する期間及び理由

(1) 延長期間 年 月 日から 年 月 日まで

(2) 理 由

看護師等修学資金返還債務履行猶予申請書

年 月 日

銚子市長 様

修学資金貸付決定番号 年度 第 号

申請者 住所
氏名 印
借受人との関係
(電話番号：)

次のとおり修学資金の返還の債務の履行を猶予して下さるよう申請します。

- 1 貸付けを受けた修学資金の額 円
- 2 猶予を受けようとする額 円
- 3 猶予を受けようとする期間 年 月から 年 月まで
- 4 理 由

看護師等修学資金延滞利息減免申請書

年 月 日

銚子市長 様

修学資金貸付決定番号 年度 第 号

申請者 住所
氏名 印
借受人との関係
(電話番号：)

次のとおり修学資金に係る延滞利息を減免してくださるよう申請します。

- 1 減免申請額 金 円
- 2 減免申請理由
- 3 返還期日 年 月 日
- 4 貸付けを受けた期間 年 月 日から 年 月 日まで

氏名（住所）変更届

年 月 日

銚子市長 様

修学資金貸付決定番号 年度 第 号

借受人 住所
氏名 印

次のとおり氏名（住所）を変更したので届け出ます。

新	ふ り が な	
	住 所	〒 ()
	及 び 連 絡 先	電話番号 ()
旧	ふ り が な	
	氏 名	
	及 び 連 絡 先	電話番号 ()
変 更 年 月 日	ふ り が な	
	氏 名	
	変 更 理 由	

添付書類 上記変更を証する書類

看護師等修学資金振込口座変更届

年 月 日

銚子市長 様

修学資金貸付決定番号 年度 第 号

借受人 住 所
ふりがな
氏 名 印
(電話番号 :)

次のとおり修学資金の振込先口座を変更したいので届け出ます。

変更後

		銀 行・労働金庫 信用金庫・信用組合 農業協同組合・信 漁 連				本 店 支 店 出張所								
口座 種 別	1 普通預金	金融機関コード			店舗コード			口座番号（右づめで記入）						
	2 当座預金													
	3 そ の 他													
フリガナ														
口座名義人														

注 口座名義人は、必ず貸付けを受ける本人の名義であること。

修学状況変更届

年 月 日

銚子市長 様

修学資金貸付決定番号 年度 第 号

氏名 印

次のとおり看護師等養成施設の修学状況に変更が生じたので届け出ます。

ふ り が な		看護師等養成施設の名称等	学科 年 月 日入学
氏 名			
生 年 月 日 及 び 年 齢	年 月 日 (満 歳)		
届 出 の 事 由	☐ 退学した。 ☐ 休学した。 ☐ 復学した。 ☐ 停学処分を受けた。 ☐ 心身の故障により、看護師等養成施設を卒業できなくなった。		
届出の事由が発生した日 (又は停学処分の期間)	年 月 日 (年 月 日から 年 月 日まで)		
現 住 所 及 び 連 絡 先	〒 () 電話番号 ()		
帰 省 先 住 所 及 び 連 絡 先	〒 () 電話番号 ()		

添付書類 心身の故障のため、看護師等養成施設を卒業できなくなった場合は、これを証する書面

看護師等養成施設卒業届

年 月 日

銚子市長 様

修学資金貸付決定番号 年度 第 号

氏名 印

次のとおり看護師等養成施設を卒業したので届け出ます。

ふ り が な		看護師等養成施設の名称等	学科 年 月 日入学 年 月 日修了 (卒業)
氏 名			
生 年 月 日 及 び 年 齢	年 月 日 (満 歳)		
現 住 所 及 び 連 絡 先	〒 () 電話番号 ()		
帰 省 先 住 所 及 び 連 絡 先	〒 () 電話番号 ()		

添付書類 卒業証明書

免許取得届

年 月 日

銚子市長 様

修学資金貸付決定番号 年度 第 号
住 所
氏 名 印
(電話番号 :)

次のとおり免許を取得したので届け出ます。

看護師免許又は准看護師免許の登録	年 月 日登録
	登録番号 第 号

添付書類 看護師免許証又は准看護師免許証の写し

勤務辞退届

年 月 日

銚子市長 様

修学資金貸付決定番号 年度 第 号
住 所
氏 名 印
(電話番号 :)

次のとおり市内の医療機関（銚子市立病院）に看護師又は准看護師として勤務できなくなったので届け出ます。

- 1 修学資金の貸付金額 円
- 2 理由

借受人死亡届

年 月 日

銚子市長 様

保証人 住所
氏名 印
(電話番号：)

保証人 住所
氏名 印
(電話番号：)

修学資金の借受人 は、 年 月 日死亡（原因： ）したので、除籍抄本その他死亡を証する書類を添えて届け出ます。

修学資金貸付決定番号	年度 第 号	修学資金の貸付金額	円
ふ り が な			
死 亡 者 氏 名			
生年月日及び年齢	年 月 日 （ 歳）		
死 亡 当 時 の 住 所	〒（ ）		

添付書類 除籍抄本その他死亡を証する書類

現況届

年 月 日

銚子市長 様

修学資金貸付決定番号 年度 第 号
住 所
氏 名 印
(電話番号 :)

年 4 月 1 日現在の状況について、次のとおり届け出ます。

1 対象者

看護師等養成施設の名称等	学科 年 月 修了（卒業）
看護師免許又は准看護師免許の登録状況	年 月 日登録 登録番号 第 号

2 現在の状況

医療機関に勤務している場合	医療機関の名称	
	医療機関の所在地	
	診療科の名称	
	勤務の期間	年 月 日から現在まで
その他の場合		

3 医療機関等記入欄

この者は、次の施設に勤務（在学）していること証明します。 年 月 日 (医療機関等の長) 印	
--	--