様式第1号(第2条関係)

|  |
| --- |
| 修学資金貸与申請書年　　月　　日　　　福井県知事　様 |
| 　 | 申請者 | 住所 | 〒TEL　　　　　　　　　　　　　 | 　 |
| フリガナ氏名 |  | 生年月日 | 　 |
| 養成施設等の名称 | 　 | 学年 | 第　　　　学年 |
| 連帯保証人 | 住所 | 〒TEL　　　　　　　　　　　　　 |
| 氏名 |  | 生年月日 | 　 |
| 職業(勤務先) | 　 | 本人との続柄 | 　 |
| 年収(税込) | 円　 |
| 貸与金額・期間 | 貸与総額 | 円　 |
| 貸与月額 | 円　 |
| 入学準備金(初回のみ) | 円　 |
| 貸与期間 | 年　　　月から　　　　　年　　　月まで　 |
| 注　連帯保証人が法定代理人である場合において、法定代理人が法人であるときは、「住所」の欄には主たる事務所の所在地、「氏名」の欄には商号または名称および代表者の氏名を記載すること。 |
| 　上記のとおり介護福祉士等修学資金を受けたいので、福井県介護福祉士等修学資金貸与条例第5条第1項の規定により関係書類を添えて申請します。 |