様式１　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

西川町長　小川一博　殿

**山形県若者定着奨学金返還支援事業**【**市町村連携枠**】

**助成候補者認定申請書**

平成２７年度山形県若者定着奨学金返還支援事業【市町村連携枠】実施要綱の規定に基づき、次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 高校名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　卒業・卒業見込み |
| ふりがな氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 生年月日 | 平成　　年　　月　　日 | 性別 | □男　□女　 |
| 住　所 | 〒 |
| 電話番号 | 自宅 |  | 携帯 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 保護者 | ふりがな氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 住　所 | 〒 |
| 電話番号 | 自宅 |  | 携帯 |  |
| 世帯人数(申請者と生計同一者数、内訳を記載) | 人 | □本人　　□父　　□母　　□兄弟姉妹（　　）人□祖父母（　　　）人　　　□その他　（　　）人　 |
| 修学(予定）先 | 名　称 | 　　 |
| 所在地 | 〒 |
| 卒業予定年月 | 平成　　年　　　月 |
| 貸与を受ける西川町育英奨学資金 | 種　　類 | □貸与中　　□貸与見込み(申請中) |
| 貸与金額 | 毎月　　　　　　円 ・ 総額　　　　　　　 　　　円 |
| 貸与予定期間 | 平成　　年　月～平成　　年　　月まで　 　　か月 |
| 貸与番号 | 平成　　　年・第　　　号 |
| 就業予定分野（○で囲む） | ア 商工分野　イ 農林水産分野　ウ 建設分野　エ 医療・福祉分野オ その他（　　　　　　　　　） |
| 将来山形県で働くことを希望する理由（100字程度）  |  |
| 　私は、助成候補者に認定された場合、県や市町村が取り組むＵターン情報提供を受けるために必要な情報（住所、氏名、生年月日、学校名、学部学科名、学年、電話番号、メールアドレス）を提供することに同意し、山形県又は県内市町村が実施する就職セミナー等に積極的に参加します。平成　　年　　月　　日　（氏名自署）　　　　　　　　　　　　　　氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 保護者同意欄 | (保護者氏名自署) | 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |