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： | | | | | |