

令和 年 月 日

山形県知事 殿
米 沢 市 長 殿

氏名 (印)

状況報告書【市町村連携枠】

平成30年度山形県若者定着奨学金返還支援事業【市町村連携枠】募集要項の規定に基づき、次のとおり報告します。

	変更					
助成候補者		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	
		メールアドレス				
保護者		ふりがな 氏名	(印)			
		住所	〒			
		電話番号	自宅		携帯	
修学先		名称				
		所在地	〒			
		学年	第 学年			
		卒業予定年月	令和 年 月			
貸与を受ける米沢有為会奨学金		金 額	毎月 40,000 円			
		貸与予定期間	年 月～ 年 月まで か月			
		貸与総額	円 ※貸与月額×上記の貸与月数			
返還支援 予定額		26,000 円 × () 月 = 円 ↑平成31年4月以降に奨学金の貸付を受ける予定の月数 ◎助成金交付申請時点での返還残額や居住地によって支援額は変わります。				

※修学先の在学証明書を添付すること。
※変更があった場合は、「変更」欄に「○」をつけ、該当部分を記載すること。

令和 年 月 日

山形県知事 殿
米 沢 市 長 殿

氏名 ㊟

在学期間延長承認申請書【市町村連携枠】

平成30年度山形県若者定着奨学金返還支援事業【市町村連携枠】募集要項の規定に基づき、進学先大学等を卒業（修了）するまで在学期間を延長したいので、承認くださるよう申請します。

助成候補者	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	
	メールアドレス				
保護者	ふりがな 氏名	㊟			
	住所	〒			
	電話番号	自宅		携帯	
卒業大学等	名称				
	所在地	〒			
	卒業年月	令和 年 月			
進学大学等	名称				
	所在地	〒			
	卒業予定年月	令和 年 月			

※大学等の卒業証明書、進学先の在学証明書を添付すること。

大学院への進学や短期大学から4年制大学への編入などにあたり、新たに貸与を受けた奨学金について山形県若者定着奨学金返還支援事業による支援を希望する場合には、改めて助成候補者の認定申請を行う必要があります。

山形県知事 殿
米 沢 市 長 殿

氏名 ㊟

就業状況等報告書【市町村連携枠】

平成30年度山形県若者定着奨学金返還支援事業【市町村連携枠】募集要項の規定に基づき、次のとおり報告します。

助成候補者	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	
就業先	就業先 名 称 職種職名				
	所在地	〒			
	就業開始日	令和 年 月 日			
米沢有為会 奨学金 貸与実績	貸与金額	毎月 40,000 円			
	貸与期間	年 月～ 年 月まで か月			
	貸与総額	円 ※貸与月額×上記の貸与月数			
就業分野 (○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 () ※別表「助成対象分野一覧」を参考に記入すること。				

※応募書類を提出した市町村と異なる市町村に居住した場合は下記に提出のこと。

〒990-8570 山形県山形市松波二丁目8番1号
山形県商工労働部産業政策課地域産業振興室

参 考

在 職 証 明 書 (例)

住 所

氏 名

生年月日

就業先名

就 業 地

上記就業地での

就業開始の日

年 月 日

契約期間

契約期間の定め 無し・有り

職名及び職務内容

＊病院、福祉施設の場合は、医師、看護師、介護福祉士として就業している場合には本事業の支援の対象とはなりません。

上記内容にて在職していることを証明します。

年 月 日

事業所所在地

事業所名称

代表者名

上記の項目が入っていれば、任意の様式で構いません。

令和 年 月 日

山形県知事 殿
米 沢 市 長 殿

申請者 住所 〒
氏名 ⑩

求職・離職期間延長承認申請書【市町村連携枠】

平成 3 0 年度山形県若者定着奨学金返還支援事業【市町村連携枠】募集要項の規定に基づき、求職・離職期間を延長したいので、承認くださるよう申請します。

記

1 求職・離職期間延長理由

令和 年 月 日

山形県知事 殿
米 沢 市 長 殿

申請者 住所 〒
氏名 ⑩

認定辞退申請書【市町村連携枠】

年 月 日付け 記号番号 で通知のあった助成候補者の認定について、下記の理由により辞退したいので、申請します。

記

1 辞退理由