

釜石市医学生応援給付金支給申請書

釜石市長 宛て

釜石市医学生応援給付金の支給を受けたいので、釜石市医学生応援給付金支給規則第 4 条の規定により、次のとおり申請します。

1 申請内容

申請者	フリガナ		性別	男・女
	氏名			
	生年月日	年 月 日		
申請者 住所等	住所	〒 (大学在学中の住所)		
	電話番号			
	E-mail			
大学の名称			入学年月日	年 月 日
申請日		年 月 日		
申請額		500,000 円		

親族・ 実家等 連絡先	住所	〒 釜石市		
	氏名		申請者との続柄	
	電話番号			

【 添付書類 】

- 大学に在学していることを証明する書類(在学証明書又は学生証の写し)
- 市内に住所を有する親族等の居住の実態を確認できる書類(電気、ガス、水道などの検針票の写し)
- 釜石市医学生応援給付金申請理由書(様式第 2 号)

2 申請者の同意

【 審査及び支給に係る同意事項 】

- 1 本給付金に係る審査及び支給にあたって、釜石市担当職員が申請者及び同一世帯者に係る住民基本台帳を確認することに同意します。
- 2 本給付金の給付を受けた後、地域医療の現状に関するお知らせを、申請者又は親族宛てに郵送、電話、E-mail 等で受け取ることに同意します。

_____年 月 日 申請者自署又は記名押印_____