

様式第1号（第5条関係）

天草市医師修学資金貸与申請書

年 月 日

天草市長 様

申請者（本人） 氏名 ⑩

連帯保証人 氏名 ⑩

連帯保証人 氏名 ⑩

天草市医師修学資金の貸与を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

本人	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日	
	住 所		電 話		
	大 学	大 学		学 部	学 科
		入 学	年 月	卒業予定	年 月
	貸与希望期間	年 月から		年 月まで	
	希望科目	第1希望		第2希望	
連帯保証人	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日	
	住 所	本人との関係			
		電 話			
	職 業		年 収	円	
	申請者が貸与を受ける修学資金については、本人と連帯して責任を負います。				
	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日	
	住 所	本人との関係			
		電 話			
職 業		年 収	円		
申請者が貸与を受ける修学資金については、本人と連帯して責任を負います。					

（備考）連帯保証人の印鑑は、印鑑登録しているものを使用してください。

様式第2号（第5条関係）

誓約書

年 月 日

天草市長 様

申請者（本人）

住所

氏名

⑩

法定代理人（申請者が未成年の場合）

住所

氏名

⑩

私は、天草市医師修学資金貸与条例に基づき修学資金の貸付けを受けることとなったときは、同条例及び天草市医師修学資金貸与条例施行規則の規定を遵守し、指定医療機関における医師の業務に従事することを誓約します。

（備考）申請者が未成年者の場合は、親権者（法定代理人）も署名し、押印してください。

様式第3号（第8条関係）

天草市医師修学資金貸与承認（不承認）決定通知書

年 月 日

様

天草市長

年 月 日付けで申請のあった天草市医師修学資金の貸与について、次のとおり決定しましたので通知します。

記

1 貸与決定

(1) 貸与決定番号 第 号

(2) 修学資金の貸与額

ア 入学料相当額 円

イ 授業料相当額 円

ウ 生活費相当額 月額 75,000円

(3) 貸与期間 年 月 日から 年 月 日まで

2 貸与不承認

様式第4号（第10条関係）

天草市医師修学資金借用証書

年 月 日

天草市長 様

借用者 住所
氏名 ⑩

連帯保証人 住所
氏名 ⑩

連帯保証人 住所
氏名 ⑩

天草市医師修学資金を下記のとおり借用しました。

記

1 借用金額 円

2 借用期間 年 月 日から 年 月 日まで

3 極 度 額 連帯保証人は、債務の返済義務履行について借用金額の範囲内で保証する

（備考）連帯保証人の印鑑は、印鑑登録しているものを使用してください。

様式第5号（第11条関係）

天草市医師修学資金返還免除申請書

年 月 日

天草市長 様

申請者 住所
氏名
電話

天草市医師修学資金の返還及び利息の支払の全部（一部）の免除を受けたいので、次のとおり申請します。

貸与を受けた者の住所	
貸与を受けた者の氏名	
貸与を受けた期間	年 月 日から 年 月 日まで
貸与総額	円
返還未済の返還債務の額	円
免除を受けようとする額	円
指定医療機関に従事した期間	年 月 日から 年 月 日まで 年 月間
申請理由	
備考	

様式第6号（第13条関係）

天草市医師修学資金返還猶予申請書

年 月 日

天草市長 様

申請者 住所
氏名
電話

天草市医師修学資金の返還及び利息の支払の全部（一部）の猶予を受けたいので、次のとおり申請します。

貸与を受けた者の住所	
貸与を受けた者の氏名	
貸与を受けた期間	年 月 日から 年 月 日まで
貸与総額	円
返還債務の額	円
猶予を受けようとする額	円
猶予を受けようとする期間	年 月 日から 年 月 日まで 年 月間
申請理由	
備考	

様式第7号（第14条関係）

天草市医師修学資金返還申出書

年 月 日

天草市長 様

申出者 住所
氏名 ⑩
電話

天草市医師修学資金の返還及び利息の支払を行いますので、次のとおり関係書類を添えて申し出ます。

貸与を受けた者の住所	
貸与を受けた者の氏名	
貸与を受けた期間	年 月 日から 年 月 日まで
貸与総額	円
返還債務の額	円
返還免除となった額	円
返還及び支払の総額	円
返還理由	
備考	

様式第8号（第14条関係）

天草市医師修学資金分割返還申請書

年 月 日

天草市長 様

申請者 住所
氏名
電話

次のとおり修学資金の分割返還をしたいので、申請します。

貸与を受けた者の住所				
貸与を受けた者の氏名				
貸与を受けた期間	年 月 日から		年 月 日まで	
貸与総額	円			
返還債務の額	円			
1回に納付する額	月賦	円	半年賦	円
分割を行う期間	年 月 日から		年 月 日まで	
納付予定日（月賦）	毎月		日	
納付予定日（半年賦）	毎年 月 日と		月 日	
分割返還を希望する理由				
備考				

変更事項等届出書

年 月 日

天草市長 様

届出者 住所
氏名
電話

天草市医師修学資金貸与条例施行規則第16条の規定により、次のとおり届け出ます。

届出事項	<input type="checkbox"/> 住所・氏名変更 <input type="checkbox"/> 休学・停学・復学 <input type="checkbox"/> 大学卒業・退学 <input type="checkbox"/> 連帯保証人変更 <input type="checkbox"/> 医師免許取得 <input type="checkbox"/> 勤務に関すること <input type="checkbox"/> その他（ ）
事項発生年月日	年 月 日
届出内容	
	【新連帯保証人に関すること】 氏名 <input type="checkbox"/> (年 月 日生) 住所 職業 本人との続柄 (備考) 1 連帯保証人の変更の場合のみ記入すること。 2 連帯保証人の印鑑は、印鑑登録しているものを使用すること。

様式第10号（第17条関係）

天草市医師修学資金貸与辞退申出書

年 月 日

天草市長 様

申出者 住所
氏名
電話

印

天草市医師修学資金の貸与を辞退したいので、次のとおり申し出ます。

貸与を受けた者の住所	
貸与を受けた者の氏名	
貸与の辞退を開始する月	年 月分から
辞退の理由	