

様式第6号（第9条関係）

年 月 日

糸魚川市長 様

請求者 住所
氏名

病院勤務看護師等修学支援補助金概算払請求書

年 月 日付け 第 号で交付決定のあった糸魚川市病院勤務看護師等修学支援補助金について、下記のとおり糸魚川市病院勤務看護師等修学支援補助金交付要綱第9条の規定により提出します。

記

1 請求額 金.....円.....

（算出基礎）

入学金.....円（入学年次のみ）

授業料.....円

家 賃.....円

通学費.....円

(1) 交付決定額	(A)	円
(2) 交付済額	(B)	円
(3) 今回請求額	(C)	円
(4) 未交付額	(D) (A)-(B)-(C)	円

2 交付希望日 年 月 日

（添付書類）

- (1) 入学金及び授業料の金額が分かる書類
- (2) 通学定期券の写し及び通学定期券を購入したことを証明する書類の写し（領収書等）
- (3) その他市長が必要と認める書類