

令和7年度 十日町市看護師、理学療法士等修学資金貸与制度のご案内

－ 将来、十日町市で看護師、理学療法士等の業務に従事しようとする人を応援します －

- 対象者** 看護師等（看護師、准看護師、保健師、助産師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士）の養成施設に進学または在学する人で、将来十日町市内において、その業務に従事しようとする人（ただし、市の奨学金を受けていない人、または受ける予定のない人に限ります）
 - 貸与額** 月額 25,000 円（無利息）
 - 貸与期間** 令和7年4月 から 養成施設の最短修業年限の終わりまで
 - 申請期間** 令和7年1月10日（金）から **令和7年2月28日（金） 必着**
 - 提出書類** 以下の(1)～(5)の書類を申請時にご提出ください
 - 貸与申請書**（必要事項を記入したもの）
 - 学業成績表**（最終学校または在学中の養成施設が発行した原本に限る）
 - 健康診断書**^{*1*}^{*2}（医療機関が証明した健康診断書（コピー可））
 - 保証書**^{*3}（保証人2人が必要事項を記入したもの）
 - 口座振込申込書**（必要事項を記入し、口座番号のわかる通帳の写しを添付）
 - 在学証明書**（養成施設入学後、4月15日（火）までに「学生証の写し」または「在学証書」をご提出ください）
- 【補足】** ※1 申請日以前3か月以内に医療機関において発行されたものに限る。
※2 入学手続き等で3月中の診断書を学校等へ提出する必要がある場合は、申請期間内ではなく3月14日（金）までの提出で可。
※3 父母または配偶者がいる場合は、保証人の1人は父母または配偶者。他の保証人は、市内に居住し独立した生計を営む者とする。こと。（保証人となる適当な人がいない場合は、個別にご相談ください）
- 返還の免除** 次のいずれかに該当したときは、修学資金の全部または一部について返還を免除します。
 - 養成施設を卒業した日から1年以内に看護師等の免許を取得し、引き続き十日町市内において看護師等の業務に従事した期間（以下「**従業期間**」という。）が3年に達したときは貸与した修学資金の全部について、従業期間が1年以上3年未満の場合は修学資金の一部について返還を免除します。
 - 上記従業期間中に、死亡または心身の故障のために業務を継続できなくなったときは、修学資金の全部について返還を免除します。
 - 返還の義務** 次のいずれかに該当したときは、貸与された修学資金について返還しなければなりません。
 - 退学や学業成績の不良等により、修学資金の貸与を中止されたとき
 - 養成施設を卒業した日から1年以内に免許を取得しなかったとき
 - 免許を取得後、引き続き市内において業務に従事しなかったとき
 - 免許を取得後、引き続き市内において業務に従事した期間が3年に達しないとき
 - 申請・問合せ** 〒948-0065 十日町市高田町3丁目南442番地
十日町市医療福祉総合センター 内
十日町市 市民福祉部 地域ケア推進課 地域医療推進係
担当者：春日・市川
TEL：025-757-3511（直通） FAX：025-757-3414

年 月 日

十日町市長 様

申請者 住 所 〒

(行政区：)

氏 名

修学資金貸与申請書

修学資金の貸与を受けたいので、十日町市看護師、理学療法士等修学資金貸与条例施行規則第3条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

なお、修学資金の貸与を受けた場合は、資格取得後、速やかに十日町市内において医療技術者として、その業務に従事することを誓います。

	住 所						電話			
	氏 名	フリガナ				生年月日	年 月 日			
履 歴	年 月 日				年 月 日					
	年 月 日				年 月 日					
	年 月 日				年 月 日					
家 族 の 状 況	続柄	氏 名	年齢	職 業	勤 務 先	年 収	同居別居の別			
							同居・別居			
							同居・別居			
							同居・別居			
							同居・別居			
養 成 施 設	名 称						希 望 資 格			
	所在地									
	入 学 年 月 日	年 月 日	貸与を希望する期間		年 月 から 年 月 まで					
	卒業予定年月日	年 月 日	貸 与 希 望 額		月 額 円					
保 証 人	氏 名				生年月日	年 月 日	性別	男・女		
	職 業				年 収			続柄		
	氏 名				生年月日	年 月 日	性別	男・女		
	職 業				年 収			続柄		
他制度による貸与(借入れ)の有無 (予定を含む。)			有 ・ 無	有の場合、 その名称						

記入例

令和7年●月●日

十日町市長 様

申請者 住所 〒948-00●●
十日町市千歳町3丁目●番地
(行政区：千歳町3丁目)

氏名 十日町 愛子

修学資金貸与申請書

修学資金の貸与を受けたいので、十日町市看護師、理学療法士等修学資金貸与条例施行規則第3条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

なお、修学資金の貸与を受けた場合は、資格取得後、速やかに十日町市内において医療技術者として、その業務に従事することを誓います。

住所	新潟県十日町市千歳町3丁目●番地				電話 025-###-####		
	フリガナ	トオカマチ	アイコ	氏名	生年月日	平成 ●年●月●日	
履歴	H●年3月31日	市立●●小学校卒業			年月日		
	R●年3月31日	市立●●中学校卒業			年月日		
	R7年3月31日	県立●●高校卒業予定			年月日		
家族の状況	続柄	氏名	年齢	職業	勤務先	年収	同居別居の別
	父	十日町 太郎	50	会社員	●●株式会社	600万円	<input type="checkbox"/> 同居・ <input checked="" type="checkbox"/> 別居
	母	花子	49	主婦			<input type="checkbox"/> 同居・ <input checked="" type="checkbox"/> 別居
	兄	一郎	21	会社員	●●製作所	300万円	<input type="checkbox"/> 同居・ <input checked="" type="checkbox"/> 別居
	妹	恵	16	学生			<input type="checkbox"/> 同居・ <input checked="" type="checkbox"/> 別居
							同居・別居
養成施設	名称	●●●看護専門学校				希望資格	
	所在地	●●県●●市●●丁目●番地				看護師	
	入学年月日	R●年4月●日	貸与を希望する期間	R7年4月からR●年3月まで			
	卒業予定年月日	R●年3月31日	貸与希望額	月額 25,000 円			
保証人	氏名	十日町 太郎	生年月日	S●年●月●日	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	
	職業	会社員	年収	600万円	続柄	父	
	氏名	十日町 三郎	生年月日	S●年●月●日	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	
	職業	会社員	年収	500万円	続柄	伯父	
他制度による貸与(借入れ)の有無(予定を含む。)			<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	有の場合、その名称	新潟県看護職員臨時修学資金		

健康診断書

十日町市

受診者住所				氏名		
在 学 校 名				生年月日	年 月 日生 歳	
身長	cm		体重	kg		胸 囲
						cm
視 力	左		色 神		聴 力	左
	右					右
既往症					血 圧 測 定	
					—	
感覚器、消化器、呼吸器、 神経器、循環器、その他の 病名及び所見						
特 記 事 項						

年 月 日

住 所

病 院 名

医 師 氏 名

㊞

十日町市長 様

保 証 書

本人 住 所

氏 名

上記の者が十日町市看護師、理学療法士等修学資金貸与条例の規定に基づく修学資金の貸与を受けることについて、本人と連帯して債務を負担します。

年 月 日

十日町市長 様

保 証 人

住 所

本人との続柄

氏 名

保 証 人

住 所

本人との続柄

氏 名

口座振込申込書

私に対する十日町市看護師・理学療法士等修学資金について、下記金融機関に口座振込により支払いくださるよう申し込みます。

振込先 金融機関名	銀行	支店	
	新潟県信用組合	支店	
	魚沼農協	支店	
	新潟県労働金庫	支店	
預金種目	普通 当座	口座番号	
振込 口座 名義	住所		
	氏名	フリガナ	
修学者名			

※預金種目は該当するものを○でかこむこと。

年 月 日

十日町市会計管理者 様

申込人 住所

氏名

※通帳開いて1ページ目の口座番号が記載してあるところのコピー添付のこと。
(医療福祉総合センター内でコピー可)