

記入例

様式第 15 号 表面 (第 15 条関係)

年 月 日

三重県知事 へ

変更申請をしていない方は「認定通知書」、
以前に変更申請した方は「変更承認通知書」の
右上に記載されている年月日・文書番号を
記入してください。

申請者 住所
氏名
電話番号
認定枠

H28 年度～R 元年度の
認定者の方は、記入不
要です。

三重県地域と若者の未来を拓く学生奨学金返還支援事業 助成金状況報告書

年 月 日付け 第 一 号による交付決定に係る
年度の居住・就業状況等について、三重県地域と若者の未来を拓く学
生奨学金返還支援事業助成金交付要領第 15 条の規定により関係書類を添えて報
告します。

現在の年度
を記入して
ください。

就業状況 ※ 年 3 月 1 日から 現在までの 状況を記載 してください。	就業期間		就業先/所在地		
	年 月 日から 年 月 日まで				
	※勤務継続している場合は、就業終了日 を空白としてください。				
	年 月 日から 年 月 日まで		※離職予定が分かっている場合は、記載してください。		
勤務先の企業等の業種					
大分類		中分類		小分類	
奨学金 返還状況	名称	奨学金			
	認定金額	総額	円		
	返還残額		円		
	他団体の 返還支援	無 有 (支援団体名:)			
返還猶予	無 有 (猶予を受けてい 奨学				
返還免除	無 有 (免除を受けてい 奨学				

「無」「有」のどちら
かを選んでください。
「有」を選んだ方は、
詳細も記入してくだ
さい。

日本標準産業分類に定める産業分類の記載例

【例 1】20 人以下の患者が入院できる病院で〇〇
をしている場合：

大分類 P、中分類：83、小分類：831

【例 2】パンを製造している会社で〇〇をしている
場合：

大分類 E、中分類 09、小分類 097

【例 3】パンを製造して個人に販売する会社で〇〇
をしている場合：

大分類 I、中分類 58、小分類 586

※住民票の写し、奨学金の返還証明書又はこれに準するもの、認定を受けた奨学金の返還

返還支援を他団体から受けている場合は支援内容の分かる書類を添付してください。

※勤務先の企業等の業種は、日本標準産業分類に定める産業分類（大分類、中分類、小分
類）を記入してください。不明な場合は、就業先に確認してください。

（日本標準産業分類の検索は、[こちらをクリック](#)してください。）

※奨学金返還状況は、認定を受けた奨学金の内容を記載してください。

記入例

様式第 15 号 裏面

(企業・団体用)

勤務証明書

氏名	
生年月日	年 月 日生
現住所	
就業年月日	年 月 日 ※勤務
所属部署	
上記の所在地	

勤務先に、作成を依頼してください。
勤務先の代表者印がない場合には、「本人名義」の健康保険証の写しを提出してください。
勤務先の代表者印がある場合には、健康保険証の写しを提出していただく必要はありません。
詳細は別紙をご確認ください。

上記の者は、当社（団体）の社員（職員）である（あった）ことを証明します。

年 月 日

本社所在地

名称

代表者

(印)

記入担当者 所属部署
役職・氏名
電話番号

○この様式と別に、ご本人様から本人名義の健康保険証の写し（就業先の名称が確認できるもの）を提出いただける場合は、押印不要です。

○押印には社印（各支店・営業所等の印でも可）を使用してください。就業先の代表者様のご印鑑であっても、私印は不可とさせていただきます。

○「健康保険証の写しの提出」及び「押印」のどちらも確認ができない場合は、就業先の記入担当者様へお電話等でご連絡致しますので、ご了承ください。

勤務証明書を確認する書類について

勤務証明書では、代表者印の押印を省略することができます。

その場合には、勤務証明書とともに、「本人名義」の「健康保険証」の写しを提出してください。


※提出していただく際には、健康保険法等により、被保険者記号・番号及び保険者番号が見えないように、塗りつぶしてください。

※「国民健康保険」の保険証は、対象とはなりません。

勤務証明書に、代表者印の押印がある場合には、「健康保険証」の写しを提出していただく必要はありません。

なお、代表者印の押印の有無に関わらず、勤務証明書の記載内容の確認のため、勤務先に問い合わせる場合があります。

【健康保険証（例）】

健康保険 被保険者証	本人（被保険者）	00000
	令和 0 年 0 月 0 日交付	
	記号 ([REDACTED])	番号 [REDACTED]
	江 太郎	
氏名	三重 太郎	見 本
生年月日	平成 0 年 0 月 00 日	
性別	男	
資格取得年月日	令和 0 年 0 月 00 日	
		
事業所名称	<input type="radio"/> 株式会社	印
保険者番号	[REDACTED]	
保険者名称	全国健康保険組合 <input type="radio"/> 支部	
保険者所在地	<input type="radio"/> 市 <input type="radio"/> 番地	