様式第1号(第5条関係)

(表)

研究資金貸付申請書

年　　月　　日

　鳥取県知事　様

　　鳥取県発達障がい児医療研究資金の貸付けを受けたいので、鳥取県発達障がい児医療研究資金貸付規則第5条の規定により、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請金額 | | 3,000,000円 | | | | | | |
| 申請者 | ふりがな |  | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | |
| 氏名 | 印 | |
| 現住所 | 郵便番号(　　　　　) | | | 電話番号(　　　　　　　　) | | | |
| 勤務しようとする県立療育機関 | 名称 |  | | | | | | |
| 診療開始年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 連帯保証人 | ふりがな |  | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | |
| 氏名 |  | |
| 現住所 | 郵便番号(　　　　　) | | | | 電話番号(　　　　　　　　) | | |
| 職業 |  | 年収(税込み) | | | | |  |
| 勤務先 |  | 申請者との関係 | | | | |  |

　上記の申請により研究資金の貸付けを受けたときは、保証人となり連帯して債務を負担します。

連帯保証人　住所

氏名　　　　　　　　　　印

　備考　氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。

(裏)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請の理由  (研究の題名及び内容を併せて記載すること。) |  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
| 他の研究資金等の貸付けを受けている場合はその名称 | |  |

様式第2号(第5条関係)

誓約書

年　　月　　日

　鳥取県知事　様

　　借受者として決定された上は、鳥取県発達障がい児医療研究資金貸付規則を堅く守り、研究に励むとともに、鳥取県の発達障がい児医療に貢献することを誓います。

住所

氏名　　　　　　　　印

　備考　氏名を自署する場合には、押印

様式第3号(第7条関係)

研究資金貸付請求書

年　　月　　日

　鳥取県知事　様

　　鳥取県発達障がい児医療研究資金貸付規則の規定に基づく研究資金を、下記のとおり貸し付けてください。

住所

氏名

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 請求額 | 金3,000,000円 | |
| 振込先金融機関 | 金融機関名　　　　　　支店名 | |
| 振込口座 | 預金種別 |  |
| 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 名義人氏名 |  |

様式第4号(第8条関係)

|  |  |
| --- | --- |
| 借用証書  　借用金額  　　金3,000,000円也 | 収入印紙 |

　私は上記の額の研究資金の貸付けを受けました。ついては、鳥取県発達障がい児医療研究資金貸付規則の規定に従い滞りなく返還します。

借受者　郵便番号

住所

氏名　　　　　　　　　　印

電話番号

　私は　　　　　が研究資金の貸付けを受けましたので、上記の返還の債務を本人と連帯して負担します。

連帯保証人　郵便番号

住所

氏名　　　　　　　　　　印

電話番号

　　　　年　　　月　　　日

　鳥取県知事　様

備考　氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。

様式第5号(第10条関係)

研究資金返還猶予申請書

年　　月　　日

　鳥取県知事　様

借受者　郵便番号

住所

氏名

電話番号

　研究資金の返還の猶予を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 貸付期間 | 年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで |
| 返還期限 | 年　　月 |
| 希望の返還猶予期間 | 年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで |
| 返還猶予額 | 円 |
| 理由 |  |

備考　第10条第2項第1号に該当する場合には、「希望の返還猶予期間」欄には、妊娠、出産及び育児に係る期間を通算して記入することができる。

添付書類

　1　理由が妊娠、出産又は育児を理由とする退職の場合にあっては、母子手帳の写し

　2　理由が1以外の場合にあっては、当該理由に該当することを証する書類

様式第6号(第11条関係)

研究資金返還免除申請書

年　　月　　日

　鳥取県知事　様

　　鳥取県発達障がい児医療研究資金の返還に係る債務の免除を受けたいので、次のとおり申請します。

借受者　郵便番号

住所

氏名

電話番号

連帯保証人　郵便番号

住所

氏名

電話番号

|  |  |
| --- | --- |
| 借受額 | 円 |
| 希望の返還免除額 | 円 |
| 理由 |  |

様式第7号(第13条関係)

研究終了届

年　　月　　日

　鳥取県知事　様

　　鳥取県発達障がい児医療研究資金貸付規則の規定に基づき研究資金の貸付けを受けた研究が終了しましたので、次のとおり届け出ます。

借受者　郵便番号

住所

氏名

電話番号

|  |  |
| --- | --- |
| 研究終了年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 研究の題名 |  |
| 研究の内容 |  |

　備考　研究の成果が分かる資料を添付すること。

様式第8号(第13条関係)

届出書

年　　月　　日

　　鳥取県知事　様

　　次のとおり届け出ます。

借受者　郵便番号

住所

氏名

電話番号

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 届出事項 | ・借受者に係る変更  　・連帯保証人に係る変更 | |
| 氏名　　・　　住所 | |
| 届出事項の発生年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 届出内容 | 変更前 |  |
| 変更後 |  |
| 備考 |  | |

　備考　届出の事実を証する書面を添付すること。

様式第9号(第13条関係)

返還猶予事由消滅届

年　　月　　日

　　鳥取県知事　様

　研究資金の返還猶予を受けた事由が消滅したので、次のとおり届け出ます。

借受者　郵便番号

住所

氏名

電話番号

|  |  |
| --- | --- |
| 猶予を受けた事由が消滅した年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 内容 |  |

　備考　消滅したことを証する書類を添付すること

様式第10号(第13条関係)

連帯保証人変更届

年　　月　　日

　鳥取県知事　様

　連帯保証人を変更しましたので、次のとおり届け出ます。

　　　　　年　　月　　日

借受者　郵便番号

住所

氏名

電話番号

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 旧連帯保証人 | 住所 |  | | |
| 氏名 |  | | |
| 新連帯保証人 | 郵便番号 |  | | |
| 住所 |  | | |
| 氏名 |  | | |
| 電話番号 |  | | |
| 職業 |  | 年収(税込み) |  |
| 勤務先 |  | 申請者との関係 |  |
| 変更年月日 | | 年　　　月　　　日 | | |

　　研究資金の返還に係る債務を連帯して負担します。

連帯保証人　氏名　　　　　　　印

　備考　氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。