

山形県知事 殿  
市町村長 殿

氏名

## 状況報告書【Uターン促進枠】

令和7年度新やまがた就職促進奨学金返還支援事業【Uターン促進枠】募集要項の規定に基づき、次のとおり報告します。

変更する項目に✓	変更前	変更後
<input type="checkbox"/> 氏名の変更		
<input type="checkbox"/> 住所の変更	〒	〒
<input type="checkbox"/> 電話番号またはメールアドレスの変更		
<input type="checkbox"/> その他の変更		

山形県知事 殿  
市町村長 殿

氏名

## 就業状況等報告書【Uターン促進枠】

令和7年度新やまがた就職促進奨学金返還支援事業【Uターン促進枠】募集要項の規定に基づき、次のとおり報告します。

就業 1年目 ・ 2年目 ・ 3年目 (○で囲む)

ふりがな			
氏名			
生年月日	年 月 日	性別	
住所	〒		
電話番号		メールアドレス	
県内 居住開始日	年 月 日	(住民票の転入日を 記載すること)	
就業先	就業先 名称		
	部署名・ 職名		
	所在地	〒	
	就業開始日	年 月 日	
就業分野	分類 ( ) 別表2「就業分野一覧」を参考にアルファベットを記入		
添付書類	【1年目】 <input type="checkbox"/> 在職証明書(別記様式4) <input type="checkbox"/> 住民票の写し(コピー可、マイナンバーの記載のないもの) <input type="checkbox"/> 奨学金返還証明書(県内就業を開始した以降の日付のもの) 【2年目・3年目】 添付書類なし(個人事業主の場合は前年の確定申告書の写し)		

※応募書類を提出した市町村と異なる市町村に居住した場合は下記に提出のこと。

〒990-8570 山形県山形市松波二丁目8番1号

山形県産業労働部 産業創造振興課 地域産業振興担当

## 在 職 証 明 書

住 所	
氏 名	
生年月日	年 月 日
就業先名	
就業地（所在地）	
職名及び職務内容	
雇用契約の期間 (いずれかに☑)	<input type="checkbox"/> 定めなし
	<input type="checkbox"/> 定めあり（ 年 月 日までの か月間） ※契約期間の更新 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
上記就業地での 就業開始の日	年 月 日

(該当する場合✓を付けてください)

以下の雇用条件を満たしている。

雇用保険の被保険者（会社役員又は個人事業主の同居親族である場合を除く）であり、1週間の勤務時間が30時間以上であること（傷病、育児及び経済上の理由等により一時的に通常の勤務時間から短縮して勤務している場合を除く）

(公務員の場合) 以下のいずれかの職種で勤務している。

・医師 ・看護師 ・助産師 ・保健師 ・歯科医師 ・薬剤師 ・獣医師 ・理学療法士  
・作業療法士 ・臨床検査技師 ・診療放射線技師 ・言語聴覚士 ・精神保健福祉士  
・歯科衛生士 ・社会福祉士 ・管理栄養士 ・視能訓練士 ・臨床工学技士 ・保育士

上記について、相違ないこと及び当社に在職していることを証明します。

年 月 日

事業所所在地

事業所名称

代表者名

印

【証明書作成者】

所 属			
担当者名		電話番号	

※県または市町村の担当者が電話確認する場合があります。

※在職証明書に押印を行わない場合、対象者が当該事業所で就労していることが証明できる書類の写しを添付してください。

別記様式 5

令和 年 月 日

山形県知事 殿  
市町村長 殿

申請者 住所 〒

氏名

求職・離職期間延長承認申請書【Uターン促進枠】

令和7年度新やまがた就職促進奨学金返還支援事業【Uターン促進枠】募集要項の規定に基づき、求職・離職期間を延長したいので、承認くださるよう申請します。

記

求職・離職期間延長理由

山形県知事 殿  
 \_\_\_\_\_ 市町村長 殿

氏 名

## 返還支援額減額猶予承認申請書【Uターン促進枠】

私は、応募書類を提出した市町村とは異なる県内市町村に居住しておりますが、1年以内に応募書類を提出した市町村に転居する予定であることから、返還支援額の減額の猶予を申請します。

助成候補者	現住所	〒		
	現住所での 居住開始日	年	月	日から
	電話番号 (携帯)		メール アドレス※	
就業先	配属先			
	所在地	〒		
奨学金の 返還の状況	奨学金の返還期間		返還残額	
	年 月 ~ 年 月まで		円	

※メールアドレスのフリガナは、「0 (ゼロ)」と「O (オ)」「1 (イチ)」と「I (エル)」、「- (ハイフン)」と「\_ (アンダーバー)」、「s (小文字)」と「S (大文字)」等紛らわしい文字の時に記載してください。

申請にあたっては下記の項目に同意したことを確認するため、□にチェックを入れてください。

**申請にあたり、私は下記のすべての事項について同意します。**

- 猶予期限までに応募書類を提出した市町村への転居を行わなかった場合は、返還支援額が減額になることについて理解しました。
- 減額が猶予されている期間は、募集要項 6-(1)で規定する県内居住・就業期間には含まれず、猶予期間中に奨学金の返還残額が減少したことにより返還支援額が減額となる場合があることについて理解しました。
- (※) 奨学金の返還残額が返還支援の上限額を下回った場合、当該返還残額が支援対象額となります。

## 【添付書類】

住民票の写し (コピー可、マイナンバーの記載のないもの)

※当該年度の就業状況等報告書をまだ提出していない方は、就業状況報告書を一緒に提出してください。

令和 年 月 日

山形県知事 殿  
市町村長 殿

氏名

認定辞退申請書【Uターン促進枠】

令和 年 月 日付け 記号番号 で通知のあった助成候補者の認定について、下記の理由により辞退したいので、申請します。

記

辞退理由

- ( ) 期間内に県内で居住・就業しなかったため
- ( ) 対象外職種の公務員として就業したため（県内・県外）
- ( ) 期間内に就業できなかったため
- ( ) 離職期間が通算して6か月（やむを得ない事情による場合は12か月）を超えたため
- ( ) 再び県外に転出し、県内に戻る見込みが無いため
- ( ) 奨学金の返還が免除されたため
- ( ) その他 ( )

【記入者】

氏名			
生年月日	年	月	日 生まれ
住所	(〒 - )		
連絡先	電話		メール