

介護分野就職支援金 返還免除申請書

年 月 日

社会福祉法人
佐賀県社会福祉協議会会長 様

決定番号 _____

借受人 住所
氏名 _____ ㊟
連帯保証人 住所
氏名 _____ ㊟
連帯保証人 住所
氏名 _____ ㊟

下記のとおり介護分野就職支援金貸付の返還債務の免除を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

貸付決定月	年 月
借入総額	円 (a)
既返還済額	円 (b)
未返還額	円 (c)=(a)-(b)

免除予定額	円
免除申請理由 ※該当項目を○で囲む	1. 2年間 介護職員等の業務に従事した 2. 業務上の理由による死亡 3. 業務上の理由による心身故障 (病名等 : _____) 4. 業務外の理由による死亡 5. 業務外の理由による心身故障 (病名等 : _____) 6. 1年以上、介護職員等の業務に従事したことによる一部免除申請 [_____ カ月間] 7. その他 [_____]
理由の発生した日	年 月 日

備考 次の書類を添付すること。

- 1 在職に関する事項を証明する書類 (業務従事期間証明書等(様式第15号))
- 2 死亡又は心身の故障のため業務に従事できなくなったため免除申請する者は、その事実を証明する書類 (医師の診断書等の写し)