

障害福祉分野就職支援金 返還計画変更申請書

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 _____ (印)

連帯保証人 住所
氏名 _____ (印)

連帯保証人 氏名
氏名 _____ (印)

下記により障害福祉分野就職支援金の返還計画を変更したいので、承認をお願いします。

貸付決定月	年 月
返還開始年月	年 月から
返還すべき額	円 (a)
既返還済額	円 (b)
返還残額	円 (c)=(a)-(b)

変更前	返還方法及び額	・ 1回払い ・ 月賦 円/月 (回)
	返還完了年月	年 月
変更後	返還方法及び額	・ 1回払い ・ 月賦 円/月 (回)
	変更希望月	年 月から変更をお願いします。
	理由	
	返還完了年月	年 月

備考

- 1 返還計画の変更は考慮すべき特別の事情がある場合のみ認めるものとする。
- 2 返還計画を変更した場合、再変更は原則として認めないものとする。
- 3 返還開始から完了までの期間は12ヵ月以内とし、これを超える期間の設定はできないものとする。