

様式第 17 号

修 学 生 番 号	第	号
-----------	---	---

介護福祉士修学資金等 返還当然免除事実発生届

令和 年 月 日

社会福祉法人
福岡県社会福祉協議会会長 様

住 所 〒

氏 名 印

電話番号

福岡県介護福祉士修学資金等貸付制度貸付規程第 9 条に規定する事実が発生しましたので、下記のとおりお届けします。

発生した事実の概要 (該当する番号に○)	1 県の区域内で____年の間、返還免除対象業務に従事した 2 業務上の事由により死亡した 3 業務に起因する心身の故障のため業務継続が不可能になった							
貸付を受けた修学資金の額	円							
免除を受けようとする額	円							
従事先名称			従事期間					
			年	月	日から	年	月	日
			年	月	日から	年	月	日
			年	月	日から	年	月	日
			年	月	日から	年	月	日
(上記のうち休職又は停職等の期間)			年	月	日から	年	月	日

- 備 考 次の書類を添付すること。
- 1 在職証明書（その 1）
 - 2 休職又は停職等の有無及び期間を証明する書類
 - 3 死亡又は心身の故障により業務に従事できなくなったため届出する者（連帯保証人等を含む。）は、その事実を証明する書類