

修学番号	第	号
------	---	---

介護福祉士修学資金等 返還免除申請書

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

介護福祉士修学資金等の返還の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。

申 請 理 由 (該当する 番号に○)	1 死亡又は、障害により修学資金を返還することができなくなったため。 2 県内において、修学資金の貸付を受けた期間以上介護業務等に従事したため。 ※必ず退職理由を下記に具体的に記載すること ※貸付規程細則第10条第1項に基づき、貸付を受けた期間以上介護業務等に従事した者であっても、本人の責めによる事由により免職された者、特別な事情がなく恣意的に退職した者等については、返還の債務の裁量免除を適用されません。		
	貸付総額	円	免除申請額
既返還済額	円	返還免除済額	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 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
 - 2 在職に関する事項を証明する書類
 - 3 休職又は停職等の有無及び期間を証明する書類