

貸 付 番 号	第	号
---------	---	---

障がい福祉分野就職支援金 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

障がい福祉分野就職支援金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○)	<div>1 県内の施設等において障がい福祉職員の業務に2年以上従事したため。</div> <div>2 業務上の事由により死亡したため。</div> <div>3 業務に起因する心身の故障により、障がい福祉職員として継続して従事することができなくなったため。</div> <div>4 死亡又は、障がいにより貸付額を返還することができなくなったため。</div> <div>5 県内において、180日以上、障がい福祉職員の業務に従事したため。</div> <div>※「5」は必ず退職理由を下記に具体的に記載すること</div> <div>※貸付規程細則第9条第1項に基づき、180日以上障がい福祉職員の業務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。</div>		
貸付総額	円	免除申請額	円
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	
(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 申請理由「1」「5」は、在職証明書（その1）又は在職証明書（その2）

2 申請理由「2」「3」「4」は、その事実を証明する書類