

貸 付 番 号	第	号
---------	---	---

障がい福祉分野就職支援金 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

福岡県障がい福祉分野就職支援金貸付規程第 8 条に規定する事実が発生しましたので、下記のとおり届け出ます。

申 請 理 由 (該当する 番号に○)	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。		
	2 業務上の事由により死亡したため。		
	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。		
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	
		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」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」は、その事実を証明する書類