

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

介護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○)	1 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。		
	2 県内において、180日以上、介護職員等の業務に従事したため。		
	※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9条第1項に基づき、180日以上介護職員等の業務に従事した者であっても、 本人の責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、 返還債務の裁量免除が適用されません。		
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」は、その事実を証明する書類
 - 2 休職、復職、停職届は、在職証明書（その1）又は在職証明書（その2）