

貸付番号	第	号
------	---	---

介護分野就職支援金 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		

福岡県介護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介護職員等の業務に 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、介護職員等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