

様式 8

返 還 当 然 免 除 申 請 書

年 月 日

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会会長 殿

貸付番号			
フリガナ		生	年 月 日
氏 名	印	年	月 日 (歳)
住 所	〒 電話自宅 携帯		

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会介護分野就職支援金貸付事業実施要綱の規定により、就職支援金の返還の当然免除を受けたいので、次のとおり申請します。

申請理由	1 介護の業務に2年従事（県社協要綱第11の1の(1)） 2 業務上の事由により死亡（県社協要綱第11の1の(2)） 3 業務に起因する心身の故障のため業務を継続できない（県社協要綱第11の1の(2)）		
理由発生年月日	年 月 日 (当然免除となる日（従事期間2年経過した日）等をご記入ください。)		
資格登録日 又は研修修了日	年 月 日		
指定業務(介護 の業務)の従事 状況	期 間	勤務年数	勤 務 先
	年 月から 年 月まで	年 月	名称： 住所：
	年 月から 年 月まで	年 月	名称： 住所：
	年 月から 年 月まで	年 月	名称： 住所：
	計	年 月	
借用時期	年 月		
借用金額	円		
返還免除申請額	円		

- 1 申請理由の欄の該当するものに○を付けてください。
- 2 介護業務に従事した場合は、「業務従事期間証明書」(様式9)を添付してください。
- 3 業務上の理由により死亡した場合は、死亡診断書等の写しを添付してください。
- 4 借受者が死亡した場合の申請者は、連帯保証人としてください。
- 5 業務に起因する心身の故障の場合は、医師の診断書等を添付してください。

様式 8

返 還 当 然 免 除 申 請 書

令和 ○年 ○月 ○日

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会会長 殿

貸付番号	○○○○○○○○		
フリガナ	アイチ フクシ	生 年 月 日	
氏 名	愛知 福祉 印	平成○○年 ○月 ○日 (○○歳)	
住 所	〒123-4567 名古屋市○区○○1丁目2番地 ○○マンション102号		電話 自宅052-111-2222 携帯090-1111-2222

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会介護分野就職支援金貸付事業実施要綱の規定により、就職支援金の返還の当然免除を受けたいので、次のとおり申請します。

申請理由	1 1 介護の業務に2年従事（県社協要綱第11の1の(1)） 2 業務上の事由により死亡（県社協要綱第11の1の(2)） 3 業務に起因する心身の故障のため業務を継続できない（県社協要綱第11の1の(2)）		
理由発生年月日	令和 ○年 ○月 ○日 (当然免除となる日（従事期間2年経過した日）等をご記入ください。)		
資格登録日 又は研修修了日	令和 ○年 ○月 ○日		
指定業務(介護の業務)の従事状況	期 間	勤務年数	勤 務 先
	令和 ○年 ○月から 令和 ○年 ○月まで	2年 ○月	名称：社会福祉法人○○会 特別養護老人ホーム ○○苑 ○○市○○町○丁目○○番地
	年 月から 年 月まで	2年間従事した後、当然免除申請書を提出する必要があります。継続勤務される場合であっても2年間が経ちましたら速やかに申請ください。 理由に関わらず、従事していなかった期間は2年間には含まれませんのでご注意ください。	
	年 月から 年 月まで		
	計		
借用時期	令和 ○年 ○月		
借入金額	200,000 円		
返還免除申請額	200,000 円		

- 1 申請理由の欄の該当するものに○を付けてください。
- 2 介護業務に従事した場合は、「業務従事期間証明書」（様式9）を添付してください。
- 3 業務上の理由により死亡した場合は、死亡診断書等の写しを添付してください。
- 4 借受者が死亡した場合の申請者は、連帯保証人としてください。
- 5 業務に起因する心身の故障の場合は、医師の診断書等を添付してください。