

## 修学資金等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   |   |    | 年 月 日 ( 歳) |
| 住所   | 〒 | 電話 | 自宅<br>携帯   |

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会介護福祉士修学資金等貸付規程等の規定により、修学資金等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<br>(該当するものに○)  | 1 介護職員等の業務に2年従事 (県社協要綱第9の3の(1))<br>2 業務上の事由により死亡 (県社協要綱第9の1の(2)、2の(2)、3の(2))<br>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9の1の(2)、2の(2)、3の(2)) |      |            |
| 理由発生日               | 年 月 日<br>(当然免除となる日(従事期間2年経過した日)等を記入してください。)   |      |            |
| 指定業務(介護職員等の業務)の従事状況 | 期 間   | 勤務年数 | 勤 務 先      |
|                     | 年 月から<br>年 月まで  | 年 月  | 名称:<br>住所: |
|                     | 年 月から<br>年 月まで  | 年 月  | 名称:<br>住所: |
|                     | 年 月から<br>年 月まで  | 年 月  | 名称:<br>住所: |
|                     | 計   | 年 月  |            |
| 借用時期                | 年 月 (再就職準備金を借用した月を記入してください。)  |      |            |
| 借用金額                | 円   |      |            |
| 返還免除申請額             | 円   |      |            |

- 1 介護職員等の業務に従事したことを証する書類として「指定業務等従事期間証明書」(様式第5)を添付してください。
- 2 指定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。
- 3 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。
- 4 指定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。

## 修学資金等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   |   |    | 年 月 日 ( 歳) |
| 住所   | 〒 | 電話 | 自宅<br>携帯   |

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会介護福祉士修学資金等貸付規程等の規定により、修学資金等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<br>(該当するものに○)  | <b>①</b> 介護職員等の業務に2年従事 (県社協要綱第9の3の(1))<br>2 業務上の事由により死亡 (県社協要綱第9の1の(2)、2の(2)、3の(2))<br>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9の1の(2)、2の(2)、3の(2)) |      |                                    |
| 理由発生年月日             | ○○年 ○ 月 ○ 日<br>(当然免除となる日(従事期間2年経過した日)等を記入してください。)  |      |                                    |
| 指定業務(介護職員等の業務)の従事状況 | 期 間  | 勤務年数 | 勤 務 先                              |
|                     | ○○年 ○月から<br>○○年 ○月まで   | ○年○月 | 名称: ○○○特別養護老人ホーム<br>住所: ○○市○○町○○番地 |
|                     | 年 月から<br>年 月まで   | 年 月  | 名称:<br>住所:                         |
|                     | 年 月から<br>年 月まで   | 年 月  | 名称:<br>住所:                         |
|                     | 計  | 年 月  |                                    |
| 借用時期                | ○○年 ○月 (再就職準備金を借用した月を記入してください。)  |      |                                    |
| 借用金額                | 400,000 円  |      |                                    |
| 返還免除申請額             | 400,000 円  |      |                                    |

- 1 介護職員等の業務に従事したことを証する書類として「指定業務等従事期間証明書」(様式第5)を添付してください。
- 2 指定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。
- 3 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。
- 4 指定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。