

修学資金等返還裁量免除申請書

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 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裁量免除を受けたいので、次のとおり申請します。

| | | | |
|---------------------|--|------|------------|
| 申請理由 (該当するものに○) | 1 死亡により返還できなくなった。(県社協要綱第12の1) 2 障害のため返還できなくなった。(県社協要綱第12の1) 3 介護職員等の業務に1年以上従事した。(県社協要綱第12の3) | | |
| 理由発生日 | 年 月 日 (愛知県内で就労できなくなっ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 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 (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 返還免除申請額=借入額×指定業務従事期間(月数)÷24ヶ月 | | |
| 退職理由 | (退職の場合は理由を記入してください。) | | |

- 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 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 修学生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 障害の場合は、医師の診断書等を添付してください。