

(規程) 第9号様式 (表面)

| 福祉系高校修学資金・返還充当資金返還免除申請書 | | | |
|--|--|---|----|
| 貸付番号 | 第 | 号 | 氏名 |
| 免除申請額 | 金 | 円 | |
| 免除理由※1 | 1. () 年間業務に従事 2. 業務上の理由による死亡 3. 業務に起因する心身故障 4. 死亡又は心身の故障 5. その他 () | | |
| 借受金額 | | 円 | |
| 既返還額 | | 円 | |
| 免除申請額 | | 円 | |
| 返還額 | | 円 | |
| 理由発生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 資格種別 | | | |
| 登録年月日※2 | 年 | 月 | 日 |
| 登録番号 | | | |
| 上記のとおり岐阜県福祉系高校修学資金・返還充当資金の返還債務の免除を受けたいので申請します。 | | | |
| 年 月 日 | | | |
| 社会福祉法人 岐阜県社会福祉協議会 会長 様 | | | |
| 借受人 住所 〒 | | | |
| 氏名 | | | |
| TEL | | | |
| 免除決定年月日※3 | 年 | 月 | 日 |
| 免除決定金額※3 | 円 | | |

※1 免除申請理由は、該当する理由を○で囲むこと。

※2 登録年月日は、介護福祉士等資格の登録日を記入すること。

※3 この欄には記入しないこと。

(裏面)

従事した期間・場所※4

| 在職期間 | 従事場所 |
|-------------|---------------------------|
| 年 月～ 年 月 | 施設所在地 〒 ー 施設名称 電話番号 |
| 年 月～ 年 月 | 施設所在地 〒 ー 施設名称 電話番号 |
| 年 月～ 年 月 | 施設所在地 〒 ー 施設名称 電話番号 |
| 年 月～ 年 月 | 施設所在地 〒 ー 施設名称 電話番号 |
| 年 月～ 年 月 | 施設所在地 〒 ー 施設名称 電話番号 |
| 年 月～ 年 月 | 施設所在地 〒 ー 施設名称 電話番号 |
| 年 月～ 年 月 | 施設所在地 〒 ー 施設名称 電話番号 |
| 年 月～ 年 月 | 施設所在地 〒 ー 施設名称 電話番号 |
| 在職期間合計 | 年 か月 |

※4 従事した施設等をすべて記入すること。