自立支援資金返還免除申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 貸付番号 |  |
| （フリガナ） |  | 生年月日 |
| 氏　名 | 　　　　 | 昭和平成 　 年　 月 　 日 ( 歳) |
| 住　所 | 〒　　　　－　　 |
| 電　話 | 自宅 |  | 携帯 |  |
| 大学名等 |  | 卒業年月日 | 　　　　 年　　 月　　 日 |
| 取得資格 |  | 資格取得日 | 　　年　　月　　日 |
| 登録番号等 |  |
| 免除理由 | □（　　）年間業務に従事□死亡□業務に起因する心身の故障□障害□その他 | 理由発生年月日 |
| 　　 年　 　月　 　日 |
| 借受額 | 生活支援費 | 家賃支援費 | 資格取得支援費 |
| 　　　　　　　　　 円 | 　　　　　　円 | 　　　　　　　　　円 |
| 返還済額 | 　　　　　　　　　円 | 　　　　　　円 | 　　　　　　円 |
| 免除申請額 | 　　　　　　　　　円 | 　　　　　　円 | 　　　　　　円 |
| 　上記のとおり、自立支援資金の返還債務の免除を受けたいので申請します。　令和　　 年　　 月　 　日岐阜県社会福祉協議会長　様　　　　　　　　　　　　　　借　受　人　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏　名　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

（表面）

就業した期間・場所

|  |  |
| --- | --- |
| 期　　間 | 従　　事　　場　　所 |
| 年　　月から年　　月まで | 勤務先名称勤務先所在地電　話　　　（　　　　　　）　　　　―　　　　　　　 |
| 年　　月から年　　月まで | 勤務先名称勤務先所在地電　話　　　（　　　　　　）　　　　―　　　　　　　　 |
| 年　　月から年　　月まで | 勤務先名称勤務先所在地電　話　　　（　　　　　　）　　　　―　　　　　　　 |

※免除を受ける資格を有する証明書等を添付すること

　　・５年間（資格取得支援費は２年間）就業を継続した場合は、就業{状況・期間}証明書（様式８号）

　　・死亡の場合・・・死亡診断書等

　　・業務に起因する心身の故障、障害の場合・・・医師の診断書

　　・その他の場合・・・免除を受ける資格を有することがわかる書類

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　など

（裏面）