ひとり親家庭高等職業訓練促進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 |  |
| 養成機関名 |  |
| 修了等期日 | 平成令和　　　年　　　月　　　日 | 資格取得年月日 |
| 平成・令和 　　年 　　月 　　日 |
| 取得資格 | □ 看護師（准看護師）　　　□ 介護福祉士□ 理学療法士　　　　　　　□ 保育士□ 作業療法士　　　　　　　□ その他（　　　　　　　　　） |
| 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 |
| 　平成令和　　 年　 　月　 　日 |
| 借受額 | 入学準備金 | 就職準備金 | 住宅支援資金 |
| 　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　 円 | 　　　　　　　 円 |
| 返還済額 | 　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　 円 | 　　　　　　　 　 円 |
| 免除申請額 | 　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　 円 | 　　　　　　　 　 円 |
| 　 上記のとおり、岐阜県ひとり親家庭高等職業訓練促進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）

従事した期間・場所

|  |  |
| --- | --- |
| 期　　間 | 従　　事　　場　　所 |
| 年　　月から年　　月まで | 施設等名称施設等所在地電　話　　　（　　　　　　）　　　　―　　　　　　　 |
| 年　　月から年　　月まで | 施設等名称施設等所在地電　話　　　（　　　　　　）　　　　―　　　　　　　　 |
| 年　　月から年　　月まで | 施設等名称施設等所在地電　話　　　（　　　　　　）　　　　―　　　　　　　 |

※免除を受ける資格を有する証明書等を添付すること

　　・取得資格が必要な業務に従事した場合

　　・プログラム策定を受けて就職・転職が決まった場合

・・・業務従事｛状況・期間｝証明書（様式８号）

・死亡の場合・・・死亡診断書等

　　・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）