

(規程) 第9号様式 (表面)

介護福祉士等修学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介護福祉士等修学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。