第17号様式

**修学資金等返還免除申請書**

**令和　　年　　月　　日**

**社会福祉法人茨城県社会福祉協議会会長　様**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **貸付番号** |  |  |
| **借受人氏名** |  | **認印** |  |
| **住　　所** | **〒　　　　―****自宅TEL　　　―　　　　―　　　　　　携帯TEL　　　―　　　　―** |

**社会福祉法人茨城県社会福祉協議会介護福祉士修学資金等貸付規程の定めによる、修学資金等返還免除申請書を提出しますので審査願います。なお、免除を要する事由等は次のとおりです。**

|  |  |
| --- | --- |
| **借用金額** |  |
| **借用期間** |  |  |
| **養成施設** |  | **卒業年月** |  |
| **国家試験登録日** | **平成・令和　　　年　　　月　　　日** | * **介護福祉士　　□ 社会福祉士**
 |
| **返還免除申請額** |  |
| **申請事由** | **１ 介護・社会福祉士の業務に従事（５年間在職）****２ 介護・社会福祉士の業務に従事（過疎地域・中山間地域等３年間在職）****３ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **養成施設卒業後の就業状況** | **就　業　先** | **期 　　間** |
| １ |  | 平成・令和　　年　　月～平成・令和　　年　　月（　　年　　月） |
| ２ |  | 平成・令和　　年　　月～平成・令和　　年　　月（　　年　　月） |
| ３ |  | 平成・令和　　年　　月～平成・令和　　年　　月（　　年　　月） |
| ４ |  | 平成・令和　　年　　月～平成・令和　　年　　月（　　年　　月） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **5年間** | **在職期間1,825日以上** | **日** | **業務従事期間900日以上** | **日** |
| **3年間** | **在職期間1,095日以上** | **日** | **業務従事期間540日以上** | **日** |