

介護分野就職支援金返還免除申請書

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			
住所	〒 -		
携帯電話			
フリガナ		生年月日	
氏名	印		年 月 日 (歳)

社会福祉法人茨城県社会福祉協議会介護分野就職支援金貸付規程の定めによる、
介護分野就職支援金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 受 時 の就労先	所在地			
	施設名			
	就労年月日		年 月 日	
借用期間	年 月	借用金額	円	
		返済済額	円	
返還猶予を 受けた期間	年 月 から 年 月 まで (年 箇月)	返還免除済額	円	
		返済免除申請額	円	
申請理由	1 介護職員等の業務に従事 (2 年・その他) 2 死亡 3 心身の故障 4 その他 ()		理由発生 年月日	年 月 日
現在の就業先	所在地等	〒 - 電話 ()		
	名 称			
在 職 期 間 状 況	期間		就業先	所在地
	年 月～ 年 月 まで・現在	年 箇月		県 内 県 外
	年 月～ 年 月 まで・現在	年 箇月		県 内 県 外
備考			従事日数	日