

別記様式第 11 号

返還免除申請書

年 月 日

社会福祉法人栃木県社会福祉協議会長様

住 所 〒

氏名(自署)

(旧姓)

借受時から改姓している場合は旧姓を記入

電 話 番 号

携 帯 番 号

次のとおり介護分野就職支援金貸付金の返還免除を受けたいので申請します。

借用金額	円①	
既返還免除済額	円②	
既返還済額	円③	
返還免除の内容	申請額①-②-③	円
	申請理由 該当する項目に (○)を付けること。	() (ア) 返還免除対象業務等に所定の日数(在職期間 730 日以上かつ業務従事期間 360 日以上) 従事した 【要綱第 6(1)】
		() (イ) 業務上の事由により死亡又は心身の故障のため返還免除対象業務等に従事できない 【要綱第 6(2)】
		() (ウ) 栃木県内において 180 日以上、返還免除対象業務等に従事した 【要綱第 9(3)】
		() (エ) 借受者の死亡又は障害のため 【要綱第 9(1)】
返還免除対象業務 従事状況	従事期間	従事先名称
	年 月 日 ~	
	年 月 日	
	年 月 日 ~	
	年 月 日	
	年 月 日 ~	
	年 月 日	