

介護福祉士修学資金等返還債務免除申請書

年 月 日

鹿児島県社会福祉協議会長 様

(〒)

申請者 住所
氏名 ⑩
電話
携帯
(〒)

(申請者が未成年の場合) 住所
連帯保証人 氏名 ⑩
電話
携帯

下記のとおり介護福祉士修学資金等貸付金の (全部・一部) の免除を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

貸付番号	第 号		
貸付金の区分 (□に✓を入れてください)	<input type="checkbox"/> 介護福祉士修学資金 (貸付期間: 年 月から 年 月まで) <input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修受講資金 <input type="checkbox"/> 介護人材再就職準備資金		
貸付総額	金 円 (A)	返還済額	金 円 (B)
免除申請額	金 円 (A-B)		
在職期間	年 月から 年 月まで (月) 年 月から 年 月まで (月) 年 月から 年 月まで (月) 【延べ: 月勤務】		
申請事由 (□に✓を入れてください)	<input type="checkbox"/> 介護福祉士養成施設を卒業後1年以内に介護福祉士の登録を行い介護等の業務に従事し、5年間(過疎地域等においては3年間、中高年離職者は3年間)引き続き従事した。 <input type="checkbox"/> 実務者養成施設を卒業後1年以内に介護福祉士の登録を行い介護等の業務に就職し、2年間引き続き従事した。 <input type="checkbox"/> 再就職準備資金を借り受けて、介護等の業務に再就職し、介護等の業務に2年以上引き続き従事した。 <input type="checkbox"/> 介護等の業務従事中に、業務上の事由により死亡し、又は業務に起因する心身の故障のため介護等の業務に継続して従事することが困難となった。 <input type="checkbox"/> 死亡し、又は障害により貸付けを受けた修学資金等を返還することができなくなった。 <input type="checkbox"/> 介護福祉士養成施設を卒業後1年以内に介護福祉士の登録を行い、介護等の業務に従事し、介護福祉士修学資金の貸付期間(2年未満にあつては2年)以上引き続き従事した。		
上記事由の発生年月等	発生の時期: 年 月 日 その期間: 年 月 日 から 年 月 日まで		
上記事由を証する理由等			

注: 免除に係る事由が発生したときは、免除事由を証する書類を添付して、必ず提出すること。