

介護福祉士実務者研修受講資金 返還免除申請書

記入日 年 月 日

山形県社会福祉協議会長 殿

貸付コード番号			
住 所	〒 ー		
フリガナ		生年月日〈西暦〉	
氏 名	Ⓜ	年 月 日 (歳)	

介護福祉士修学資金等貸付制度実施要綱等の規定により、介護福祉士実務者研修受講資金の返還の免除を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請いたします。

修学生時の 養成施設名	所在地			
	施設名			
	卒業年月日	年 月 日 (卒業 ・ 中退)		
借用金額等	借用金額	円		
返還猶予を 受けた期間 〈西暦〉	年 月 日から	年 箇月	返還免除申請額	円
	年 月 日まで			
申請理由	1. 介護福祉士等の業務に従事 (2年間・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 又は在学先	所在地及び 電話番号	〒 ー		
		電話 ()		
	名称			
卒業後の状況 〈西暦〉	期間	就業先又は進学先	所在地 (市町村)	
	年 月から	年 箇月		
	年 月 まで・現在			
	年 月から	年 箇月		
年 月 まで・現在				
備 考	就業月数	箇月		