

印紙
(200円分)

割印

障害福祉分野就職支援金返還免除申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人 徳島県社会福祉協議会会長 殿

次により、障害福祉分野就職支援金返還の免除を受けたいので申請します。

フリガナ		借受人との関係	貸付決定番号
申請人氏名		⑩	
住所	〒 ー		
電話番号	[自宅] ー ー	[携帯] ー ー	
借受人氏名			
返還債務額	① 借用総額		円
	② 既に返還免除を受けた金額		円
	③ 返還済金額		円
	④ 返還すべき金額		円 (①-②-③)
期間	① 貸付期間	令和 年 月	
	② 返還猶予を受けた期間	令和 年 月から令和 年 月まで (月間)	
返還債務の免除申請額	円		
返還免除事由が発生した日	令和 年 月 日		
免除事由		留意事項と添付書類	
1 徳島県内において介護職員等業務に2年間従事した。		介護等業務従事期間証明書（様式第9号）	
2 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返還免除対象業務に継続して従事することができなくなった。		介護等業務従事期間証明書（様式第9号） 下記欄に具体的に記載し、それを証明する書類	
3 徳島県内において介護職員等業務に180日以上従事した。（裁量免除）		介護等業務従事期間証明書（様式第9号） 下記欄に具体的に記載し、それを証明する書類	
具体的内容			
就業の状況	従事施設等の名称	業務内容	介護等業務従事期間