第9号様式（実）

西暦　　　　年　　　月　　　日

大分県社会福祉協議会会長　殿

貸付番号　　（　　　　　　　）

(借受人)住　所 　〒　　　　-

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　 　携帯電話： 　 -　　　　-

**返 還 免 除 申 請 書**

介護福祉士実務者研修受講資金の返還債務の免除を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| **借入期間** | 西暦　　　　年　　　月　から　　西暦　　　　　年　　　月　まで |
| **借入金額** | 円・・・（a） |
| **既返還済額** | 円・・・(b) |
| **未返還額** | 円・・・(c)=(a)-(b) |

|  |  |
| --- | --- |
| **返還免除申請額** | 円 |
| **返還免除申請理由**  （該当の番号に○をする） | 1. 2年間※特定業務に従事  2.　心身の故障  3. 死亡  4.　その他 |

※「２年間※」とは在職期間が通算７３０日以上、かつ業務従事日数が３６０日以上

【添付書類】

・業務従事期間証明書<第11号様式>

・医師の診断書等の写し