第7号様式（介）

　　　　西暦　　　　　　年　　　月　　　日

大分県社会福祉協議会会長　様

貸付番号　　（　　　　　　　　　　）

(借受人)住　所 　〒　　　　-

氏　名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　 　携帯番号 　　 -　　　　　-

**返 還 免 除 申 請 書**

介護福祉士等修学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・・・(c) |
| **返還免除申請理由**  **（該当の番号に○をする）** | 1. 5年間特定業務に従事  2.　3年間特定業務に従事　□中高年離職者、□過疎地域勤務  3.　心身の故障  4.　死亡□  5.　借入期間以上、特定業務に従事  6.　その他□ |