第7号様式（就）

**返 還 免 除 申 請 書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　西暦　　　 年　　月　　日

　社会福祉法人 大分県社会福祉協議会会長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 貸付番号 |  | ＊決定通知書の貸付番号を記載してください。 |
| フ　リ　ガ　ナ |  | 生　年　月　日 |
| 氏　　　名 | ㊞ | 西暦　　　　年　　月　　日 |
| 住所・電話番号 | 〒　　　-  固定電話：　　　（　　　）　　　　 　携帯電話：　　 　-　　 　- | |

介護分野就職支援金の返還債務の免除を受けたいので、関係書類を添えて以下のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 借　用　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 |
| 申　請　理　由  ＊該当する番号に○をしてください。 | 1. 介護職員等として就労した日から大分県内で2年間※引き続き介護職員等の業務に従事したため。  2. 介護職員等として従事している期間中に､業務上の理由により死亡し､又は業務に起因する心身の故障のため､介護職員等として継続して従事することができなくなったため。  3. その他 |

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

【添付書類】

　　理由1の場合：業務従事期間証明書<第9号様式〉

　　理由2の場合：その事実を証明する書類