第7号様式（障）

**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入してください。 |
| 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: - - | |

障害福祉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. 障害福祉職員※として就労した日から、大分県内で2年間※引き続き障害福祉職員  業務※に従事したため。  2. 障害福祉職員※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障害福祉職員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通算360日以上」

【添付書類】

　　　理由1の場合：業務従事期間証明書<第8号様式〉

　　　理由2の場合：その事実を証明する書類