第10号様式（児）

**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　　（　　　　　　　　　　　　）

(借受人)住　所 　〒　　　　-

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　印

　　 　　　　携帯番号 　　 -　　　　　-

自立支援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　　　　　　　年　　　月　　まで |
| **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 |
| **返還免除申請理由**  **（該当の番号に○をする）** | 1. 5年間業務に従事  2.　2年間業務に従事  3. 心身の故障  4. 死亡  5.　借入期間以上、業務に従事  6. その他 |

【添付書類】該当する返還免除申請理由を証する書類

・　在職証明書＜第6号様式＞

* 業務従事期間証明書<第12号様式>

・　医師の診断書等の写し等