

介護福祉士実務者研修受講資金 返還免除申請書

(提出日) 令和 ○年 ○月 ○日

社会福祉法人熊本県社会福祉協議会 会長 様

借受人：住 所 ○○○○○○○○
(自署によること) 氏 名 □□ □□
 電話番号 (○○○-○○○-○○○○)

下記のとおり、介護福祉士実務者研修受講資金の返還免除を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

※すべての欄を記入してください

貸付番号	○ J ○○○○○○○○		
貸付金額	200,000 円	(満額借り入れの場合)	
返還済額	0 円	(過去に返還がない場合)	
免除申請額	200,000 円	「貸付金額」－「返還済額」	
養成施設名	△△△△△△	卒業年月日	○・○・○
登録証	介護福祉士		
	番 号	○○○○○	登録年月日 ○・○・○
申請理由	① 返還免除対象業務に (2年 月) 従事したため ② その他 ()		

- 関係書類
- 1 業務従事期間証明書 (実一第20号様式)
 - 2 死亡又は心身の障害による返還の免除の申請にあつては、その事実を証明する書類

- (注)
- 1 申請理由については該当する番号を○で囲み、() 内を記入すること
 - 2 借受人の住所・氏名欄は自署すること。