

介護福祉士実務者研修受講資金返還当然免除事由発生届

年 月 日

社会福祉法人 福井県社会福祉協議会会長 様

修学生・相続人 住所
(該当部分に○)

氏名 ⑩

電話番号

介護福祉士実務者研修受講資金返還金の返還について、次のとおり免除理由が発生したので届け出ます。

貸付No.			
貸付金額	円		
貸付期間	年 月 日から 年 月 日まで		
返還免除理由 *該当番号に○印	1.実務者研修施設の課程を修了した日(実務者研修施設の課程を修了した日において介護等の業務に従事する期間が3年に達していない場合にあっては、介護等の業務に従事する期間が3年に達した日とする。以下同じ)から1年以内に県内において、介護福祉士の業務に2年間従事したため 2.実務者研修施設の課程を修了した日から1年以内に、県内において介護福祉士の業務に従事し、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当該業務を継続できなくなったため		
返還免除発生日	年 月 日		
資格登録日	年 月 日		
業務の従事状況	期間	従事年数	従事先
	年 月 日から 年 月 日まで	年 月	
	年 月 日から 年 月 日まで	年 月	
	年 月 日から 年 月 日まで	年 月	

※届出の際には、次の書類を添付してください。

- 返還免除理由が1の場合は、業務従事証明書および介護福祉士登録証の写し
- 返還免除理由が2の場合で、心身の故障が業務に起因する場合は診断書および心身の故障が業務に起因することを証明する書類、修学生が死亡した場合は死亡診断書およびその死亡が業務に起因するものであることを証明する書類
なお、修学生が死亡の場合はその相続人が届け出てください。