

介護福祉士実務者研修受講資金返還裁量免除申請書

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

印

電話番号

介護福祉士実務者研修受講資金として貸付を受けた実務者研修受講資金の返還について、返還の免除を受けたいので次のとおり申請します。

貸付No.			
貸付金額	円		
貸付期間	年 月 日から 年 月 日まで		
返還免除申請額	円		
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、介護福祉士の業務の業務に従事し、その期間が実務者研修受講資金の貸付を受けた期間以上となったため		
	2.死亡し、または心身の故障その他特別の理由により返還ができなくなったため 具体的な理由を記入してください。 ()		
	3.その他 ()		
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	

※申請の際には、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、死亡の場合は死亡診断書を、心身の故障等の場合は診断書等その理由を証する書類
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。