

ひとり親家庭住宅支援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

借受人・相続人 住所
(該当部分に○)

氏名 ⑩

電話番号

標記資金の返還金の返還について、次のとおり返還の免除を受けたいので、申請します。

貸付No.			
貸付金額	円		
返還免除申請額	円		
返還免除理由 * 該当番号に○印	1. 死亡または障害により返還の債務を履行すること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。 ()		
返還免除発生日	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、返還免除理由が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を添付してください。
なお、借受人が死亡の場合はその相続人が届け出てください。