

介護分野就職支援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

借受人・相続人 住所
(該当部分に○)

氏名 ⑩

電話番号

介護分野就職支援金の返還について、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		
返還免除理由 *該当番号に○印	1. 介護職員等として就労した日から、県内において2年間、引き続き、介護職員等の業務に従事したため 2. 前項に定める就業期間中に、業務上の事由により死亡し、また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		
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。

1 返還免除理由が1. の場合は、業務従事証明書

2 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、借受人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、借受人が死亡の場合は、その相続人が届け出てください。