様式第17号（第18条関係）

介護分野就職支援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
（該当部分に〇）
氏名　㊞

電話番号

介護分野就職支援金の返還金について、次のとおり免除を受けたいので申請します。

貸付№			
貸付金額	円		
返還免除申請額	円		
返還免除理由 ＊該当番号に〇印	1．第2条第1項第2号の介護職員等として180日以上業務に従事したため。 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		
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。
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、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、借受人が死亡の場合はその相続人が届け出てください。