

(様式第8-①号)

修学資金返還債務免除申請書

年 月 日

社会福祉法人青森県社会福祉協議会会長 殿

決定番号	第 号		
自宅住所	〒 ー		
	自宅電話	()	
	携帯電話	()	
フリガナ			生年月日
氏名	⑩		年 月 日(歳)

修学資金の返還の債務の免除を受けたいので、社会福祉法人青森県社会福祉協議会介護福祉士修学資金等貸付事業実施要綱第11条第8項・同条第9項・第15条第3項の規定により、次のとおり申請します。

修学生時の養成施設名 又は 実務者研修施設名	所在地 施設名	卒業等年月日 年 月 日 (卒業・中退)		
借入期間	年 月 から 年 月 まで (年 箇月)	借入金額	円	
		返済済額	円	
返還猶予を受けた期間	年 月 から 年 月 まで (年 箇月)	返還免除済額	円	
		返済免除申請額	円	
申請理由(※)	1 介護福祉士等の業務に従事 (2年・3年・5年・その他) 2 死亡 3 心身の故障 4 その他()	理由発生 年月日	年 月 日	
現在の就業先 又は進学先	所在地及び 電話番号	〒 ー 電話 ()		
	名称			
卒業 (修了) 後の状 況	期 間		就業先又は進学先	所在地
	年 月 から	年 箇月		県内 県外
	年 月 まで・現在			
	年 月 から	年 箇月		県内 県外
	年 月 まで・現在			
備考			修業月数	箇月

※ 申請理由において、1介護福祉士等の業務に従事の場合は業務従事期間満了報告書(様式第9号)を、2死亡の場合は死亡診断書を、3心身の故障の場合は医師の診断書をそれぞれ添付してください。