

(様式第7号)

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	
フリガナ	生年月日	
氏名	Ⓜ	年 月 日(歳)
自宅住所	〒 -	
電話番号	(自宅)	(携帯)

訓練促進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ひとり親家庭高等職業訓練促進資金貸付事業実施要綱第11条第5項・同条第6項・第15条第3項の規定により、次のとおり申請します。

借入日	年 月 日			
借入金額	円			
返還済額	円			
返還猶予を受けた期間	年 月から 年 月まで (年 ヶ月)	返還免除済額	円	
		返還免除申請額	円	
申請理由(※)	1 返還免除対象業務に5年以上従事 2 死亡 3 心身の故障 4 その他()	理由発生 年月日	年 月 日	
現在若しくは直近の就業先	所在地及び電話番号	〒 - 電話 ()		
	名称			
借入後の状況	期 間		就業先	所在地
	年 月 から 年 月 まで・現在	年 ヶ月		県内 県外
	年 月 から 年 月 まで・現在	年 ヶ月		県内 県外
修業に関する資格		修業期間	ヶ月	

※ 申請理由において、1返還免除対象業務に従事の場合は業務従事期間満了報告書(様式第8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。