

介護分野就職支援金返還免除申請書

年 月 日

社会福祉法人 秋田県社会福祉協議会長

貸付番号		研修施設名	
氏名	(フリガナ)		
	印		
現住所	〒 -		

就職支援金の返還免除を受けたいので、次のとおり申請します。

返還免除申請額	①借受額 (本会から借受した金額)	円
	②返還済額 (①のうち本会に返還した金額)	円
	③返還免除申請額 (①から②を引いた金額)	円

研修・訓練修了年月日	年 月 日		
貸付期間	年 月 日から		
申請理由 (※)	<input type="checkbox"/> 返還免除業務に一定期間従事したため (<input type="checkbox"/> 2年 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 業務に起因する事由により死亡したため <input type="checkbox"/> 業務に起因する心身の疾病等により就業が継続できなくなったため <input type="checkbox"/> その他 ()	理由発生年月日	
		年 月 日	
返還免除対象業務従事履歴	従事先	従事期間	
		年 月 日から	年 カ月
		年 月 日まで・現在	
		年 月 日から	年 カ月
		年 月 日まで・現在	
	年 月 日から	年 カ月	
	年 月 日まで・現在		
	年 月 日から	年 カ月	
	年 月 日まで・現在		

※ 申請理由において、返還免除対象業務に一定期間従事した場合は、従事先からの「介護分野就職支援金業務従事期間証明書」(様式第11号)、死亡の場合は死亡診断書、心身の疾病等の場合は医師の診断書等を添付すること。