

介護福祉士修学資金返還免除申請書

年 月 日

社会福祉法人 滋賀県社会福祉協議会 会長 様

借受人 (修学生)	修学生 番号			
	氏名	⑩ (登録実印)	電話番号	
	住所	〒		
連帯保証人	氏名	⑩ (登録実印)	電話番号	
	住所	〒		
連帯保証人	氏名	⑩ (登録実印)	電話番号	
	住所	〒		

滋賀県社会福祉協議会 介護福祉士修学資金等貸付事業実施要綱の規定により、下記のとおり修学資金の返還債務の免除を受けたいので申請します。

申請理由	1. 当該業務に貸付期間以上従事したため (退職理由： ) 2. その他 ( )		
貸付期間	年 月 ~ 年 月 ( 年 箇月)		
貸付金額 (A)	金 円		
返還済額 (B)	金 円		
返還免除申請額 (C)	金 円		
返還債務の残額 (A-B-C)	金 円		
介護等業務の 従事状況	従事期間		従事先
	年 月 日から	名称	
	年 月 日まで	住所	
	年 月 日から	名称	
	年 月 日まで	住所	
	年 月 日から	名称	
	年 月 日まで	住所	

※ 事実を証明する書類を添付すること。

※ 連帯保証人は、印鑑登録実印を押印すること。

※ 借受人は、借用書提出時に印鑑登録実印を押印した場合は、登録実印を押印すること。