

介護分野就職支援金貸付金返還免除届出・申請書

令和 (西暦) 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	貸付 番号		従事先 施設名	
	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（財源：地域医療介護総合確保基金）の規定により、下記のとおり貸付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1年以上従事したため （退職理由： ） 2. その他（ ）		
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

- ※ 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。