

介護分野就職支援金返還計画書

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	貸付 番号		従事先	
	氏名	Ⓜ (登録実印)	電話番号	
	住所	〒		
連帯保証人	氏名	Ⓜ (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）の規定を誠実に守り、貸付を受けた就職支援金を下記の計画に基づき滞りなく返還いたします。

万一受講資金の返還を怠った場合には、返還期限にかかわらず返還未済の金額に対する一括返還の請求を受けても異議を申しません。

返還理由	1. 免除を受ける前に、県内において介護等の業務に常時従事しなくなったため 2. 貸付契約解除のため 3. その他（ ）		
返還理由発生年月日	年 月 日		
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		
返還免除額（C）	金 円		
返還金額（A-B-C）	金 円		
返還期間	～ （«返還回数»回）		
返還方法	※番号に○をつけ、金額を記入してください。金額は千円単位。 一括 月賦 初回 ※端数は初回加算 2回目以降 半年賦 初回 ※端数は初回加算 (返還月： 月・ 月) 2回目以降		

※ 連帯保証人は、必ず自署し、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。