

介護福祉士修学資金等返還債務免除申請書

年 月 日

山口県社会福祉協議会長 様

現住所を記入  
アパート名・マンション名・部屋番号まで  
略さず記入してください

〒 住 所

ふりがな  
氏 名

電話番号 自宅：  
携帯：



下記のとおり介護福祉士修学資金等の貸付金の(全部・一部)の免除を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

貸付決定番号	第 号		
借受者氏名			
貸付金の区分 (□に✓を入れてください)	<input type="checkbox"/> 介護福祉士修学資金 (貸付期間 年 月から 年 月まで) <input type="checkbox"/> 福祉系高校修学資金 (貸付期間 年 月から 年 月まで) <input type="checkbox"/> 福祉系高校修学資金返還充当資金 (貸付期間 年 月から 年 月まで) <input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修受講資金 <input checked="" type="checkbox"/> 介護人材再就職準備金 <input type="checkbox"/> 介護分野就職支援金 <input type="checkbox"/> 障害福祉分野就職支援金		
貸付総額	金 200,000 円	免除申請額	金 200,000 円
在職期間	勤務先名称	勤務期間	
	社会福祉法人〇〇〇 特別養護老人ホーム〇〇〇〇	〇年 〇月 〇日～ 年 月 日 まで 現在	
	ご自身の実際の在職期間をご記入ください。 法人内異動の場合も、事業所、期間をそれぞれ記入してください。	年 月 日～ 年 月 日 まで・現在	
		年 月 日～ 年 月 日 まで・現在	
		年 月 日～ 年 月 日 まで・現在	
申請事由 (□に✓を入れてください)	<input type="checkbox"/> 返還免除対象業務等に5年間従事 <input type="checkbox"/> 返還免除対象業務等に3年間従事 (□ 福祉系高校修学資金・返還充当資金、□ 過疎地域勤務、□ 中高年離職者) <input checked="" type="checkbox"/> 返還免除対象業務等に2年間従事 <input type="checkbox"/> 業務上の事由により死亡、又は業務に起因する心身の故障 <input type="checkbox"/> 死亡、又は障害により返還不能 <input type="checkbox"/> 【一部免除】修学資金等を借り受けた期間(介護福祉士実務者研修受講資金、介護人材再就職準備金、介護分野就職支援金、障害福祉分野就職支援金については1年)以上、返還免除対象業務等に従事		
上記事由を証する理由等			

注：免除に係る事由が発生したときは、必ず提出すること。

記入例（返還免除の場合）

介再・介護

介護人材再就職準備金及び介護分野就職支援金用（就職・退職・実務経験・免除）

就 労 証 明 書

就労証明書は事業所が証明（記入）するものになります。  
訂正印で修正される場合は事業所印で訂正をお願いします。

就 労 者	氏 名	○○ ○○○○ ○○ ○○○
	住 所	〒○○○-○○○ ○○市○○○～
施設・事業所の名称		(福)○○○ 特別養護老人ホーム ○○○○ 【法人内異動がある場合（退職）の記入例】 ① 事業所名○○○ ○年○月○日～○年○月○日 ② 事業所名○○○ ○年○月○日～現在
施設・事業所の所在地		○○市○○○～
業務の職種		※介護職員その他主たる業務が介護等に限る 介護職
主な業務の内容		施設利用者への介護業務全般
どちらかのみ記入	退職している	従事期間 年 月 日 ～ 年 月 日まで 実勤務日数 _____ 日間
	現在就労している	勤務開始日 ○年 ○月 ○日（証明日現在引き続き従事中） 勤務開始日～証明日までの実勤務日数 ○○○ 日間  (該当に☑チェックしてください) <input checked="" type="checkbox"/> 正職員・常勤・パート等（月平均15日程度以上） <input type="checkbox"/> 非常勤・パート等（月平均15日未満）（月平均_____日程度）
従事期間中で就労しなかった期間		年 月 日 ～ 年 月 日 (該当に☑チェックしてください) <input type="checkbox"/> 出産・育児休暇 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
施設・事業所等区分 (該当に☑チェックしてください)		<input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス等（介護保険法（平成9年法律第123号）第23条に規定する居宅サービス等をいう。）を提供する施設・事業所 <input type="checkbox"/> 第一号訪問事業を実施する施設・事業所 <input type="checkbox"/> 第一号通所事業を実施する施設・事業所
就労状況は上記のとおり相違ありません。 ____年 ____月 ____日  〒○○○-○○○ 所在地 ○○○市○○○ 法人・事業所等の名称 社会福祉法人 ○○○ 代表者氏名 理事長○○ ○○		
法人内異動がある場合は、施設ではなく、法人で証明をしてください。		○○○-○○-○○○

法人名だけでなく勤務する具体的な施設名も記入してください。

主な業務の内容を記入してください。

必ず記入してください

