

第15号様式 (第11条関係)

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

提出日
(免除日以降の日付)

記入してください

〒 753-00**
住所 山口市○○**-**就労証明書等の提出書類がそろって社協に
提出するときに記入すること。ふりがな やまぐち はなこ
氏名 山口 花子

印

電話番号 自宅：083-***-****
携帯：090-****-****

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 介再○○ 号
借受者氏名	山口 花子
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 400,000 円
免除申請額	金 400,000 円
在職期間	勤務先名称
	社会福祉法人 ○○○ デイサービスセンター○○
	勤務期間
	令和○年 ○月 ○○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。 法人内異動がある場合も事業所・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。

【ご担当者様】

この証明書は社会福祉法人山口県社会福祉協議会が実施する介護人材再就職準備金貸付事業による貸付金の返還免除の要件を確認するために提出していただく書類です。

お忙しいところ恐縮ですが、正確にご記入いただくようお願いします。

(返還免除要件：介護福祉士資格取得後、介護施設等で一定期間、介護職員として勤務等)

記入例(【返還免除】 月平均15日以上勤務の場合)

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・免除共通)

介再・介護

就 労 証 明 書

山口県社会福祉協議会会長 様

※記入例をご参照のうえ、すべて事業所の方が記入してください。

就 労 者	氏 名	〇〇 〇〇〇〇 〇〇 〇〇〇
	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇〇〇～ <i>法人名だけでなく勤務する具体的な施設・事業所名も記入してください。</i>
施設・事業所の名称 <small>(具体的な施設名を記入)</small>		(福) 〇〇〇 特別養護老人ホーム 〇〇〇〇 【法人内異動がある場合の記入例】 ① 事業所名〇〇〇〇 〇年〇月〇日～〇年〇月〇日 ② 事業所名〇〇〇〇 〇年〇月〇日～現在
施設・事業所の所在地		〇〇市〇〇〇〇～ <i>主たる業務が介護等の業務ではない期間は、返還免除の対象業務に従事した期間に算入できません。</i>
業務の職種 <small>(介護職員等)</small>		介護職員
主な業務の内容		施設利用者への介護業務全般
在 職 期 間 <small>(どちらかのみ記入)</small>	退職している	年 月 日 ～ 年 月 日まで 実勤務日数 _____ 日間 <i>介護等の業務で採用した日を記入してください。</i>
	現在就労している	勤務開始日 〇年 〇月 〇日 (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 〇〇〇 日間 <small>(該当に☑チェックしてください)</small> <input checked="" type="checkbox"/> 正職員・常勤・パート等 (月平均15日以上勤務) <input type="checkbox"/> 非常勤・パート等 (月平均15日未満) <i>休職期間等がある場合は、こちらに記入してください。</i>
在職期間中で就労しなかった期間 <small>(該当に☑チェックしてください)</small>		〇年 〇月 〇日 ～ 〇年 〇月 〇日 <input checked="" type="checkbox"/> 出産・育児休暇 <input type="checkbox"/> その他 ()
施設・事業所等区分 <small>(該当に☑チェックしてください)</small>		<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。 〇年 〇月 〇日 ← <u>免除日以降の日付</u> 〒〇〇〇-〇〇〇〇 所在地 〇〇市〇〇〇〇 法人等の名称 社会福祉法人 〇〇〇 代表者氏名 理事長 〇〇 〇〇 公印 電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇 (記入担当者名：〇〇 〇〇 直通電話：〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇)		

法人内異動がある場合は、施設・事業所による証明ではなく法人による証明としてください。

※証明内容について職場へ照会させていただくことがあります。

- (注) 1 記入内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で消し、公印を押印して正しい内容を記入してください。
2 法人内異動がある場合は、施設・事業所による証明ではなく法人による証明としてください。
3 主たる業務が介護等の業務ではない期間は、返還免除の対象業務に従事した期間に算入できません。