

返還免除申請書

年 月 日

社会福祉法人長野県社会福祉事業団理事長 様

貸付番号			
被貸付者の住所	〒	(電話	())
フリガナ		生年月日	
氏 名	Ⓜ	年 月 日 (歳)	

長野県障害福祉分野就職支援金等貸付規程等の規定により、資金の返還の免除を受けたいので、次のとおり申請します。

借用期間	年 月 から 年 月 まで (年 箇月)	借用金額	円
		返還済額	円
返還猶予を受けた期間	年 月 から 年 月 まで (年 箇月)	返還免除済額	円
		返還免除申請額	円
申請理由	1 返還免除対象業務に従事 (2年・3年・その他) 2 死亡 3 心身の故障 4 その他 ()	理由発生 年月日	
現在の就業先 又は在学先	所在地 及び電 話番号	〒	(電話 ())
	名 称		
就業 後の 状況	期間		就業先又は進学先
	年 月 まで・現在	年 箇月	所在地
	年 月 まで・現在	年 箇月	県 内 外
備考			

(添付書類)

- ・申請理由を証明する書類 (1の場合は様式第13号)