

修学資金等返還免除申請書

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（自宅 / 携帯 ()		
フリガナ			生年月日
氏 名	(印)		年 月 日 (歳)

長野県介護福祉士修学資金等貸付規程等の規定により、介護福祉士修学資金等の返還の免除を受けたいので、次のとおり申請します。

養成施設名	所在地			
	施設名			
	卒業等年月日			
借用期間	年 月 から	借用金額	円	
	年 月 まで (年 箇月)		返還済額	円
返還猶予を受けた期間	年 月 から	返還免除済額	円	
	年 月 まで (年 箇月)		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・5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			
卒業後の 状況	期間		就業先又は進学先	所在地
	年 月 まで・現在	年 箇月		県 内 県 外
	年 月 まで・現在	年 箇月		県 内 県 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14号）