

様式第21号(実務者研修受講資金)

返還免除申請書(実務者研修受講資金)

長崎県社会福祉協議会会長 様

貸付番号	5KB9999		
住所等	〒852-9999 長崎市浦上町99-99		
	携帯電話	090(9999)9999	自宅電話 095(999)9999
氏名	長崎 花子	生年月日	昭和 平成 6年 3月 25日生
介護福祉士登録年月日	平成・令和 6年 4月 25日		
勤務先法人名	社会福祉法人 茂里会		
勤務先事業所名	ヘルパーステーション茂里町		

借入日	平成 令和 5年 7月 10日	借用総額	107,000 円
		返還済額	0 円
		返還免除申請額	107,000 円
申請理由 該当番号を○で 囲んで下さい。	<ol style="list-style-type: none"> 介護福祉士試験受験資格(研修施設卒業かつ実務経験3年)取得年度の翌々年度内に介護福祉士の登録をし、その後長崎県内で2年間継続して介護等業務に従事したため。 業務上の事由により死亡し、又は業務に起因する心身の故障のため介護等業務に継続して従事することができなくなったため。 その他(下記記載理由) 		
備考	証明書類として、身体障害者手帳(写し)を添付します。		

注) 申請理由により次の書類を添付してください。

理由1の場合、業務従事届(第20号)

理由2、3の場合、その事実を証明する書類

上記のとおり長崎県介護福祉士実務者研修受講資金の返還金の支払免除を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

令和 7年 4月 25日

貸付申請者
(本人自筆)

長崎 花子

返還免除申請書 (実務者研修受講資金)

長崎県社会福祉協議会会長 様

貸付番号			
住所等	〒 _____		
	携帯電話	()	自宅電話 ()
氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日生
介護福祉士登録年月日	平成・令和 年 月 日		
勤務先法人名			
勤務先事業所名			

借入日	平成・令和 年 月 日	借用総額	円
		返還済額	円
		返還免除申請額	円
申請理由 <small>該当番号を○で囲んで下さい。</small>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 介護福祉士試験受験資格(研修施設卒業かつ実務経験3年)取得年度の翌々年度内に介護福祉士の登録をし、その後長崎県内で2年間継続して介護等業務に従事したため。 2. 業務上の事由により死亡し、又は業務に起因する心身の故障のため介護等業務に継続して従事することができなくなったため。 3. その他(下記記載理由) 		
備考			

注) 申請理由により次の書類を添付してください。
 理由1の場合、業務従事従事届(第20号)
 理由2、3の場合、その事実を証明する書類

上記のとおり長崎県介護福祉士実務者研修受講資金の返還金の支払免除を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

氏名
(本人自筆)