

返還免除申請書（再就職準備金）

長崎県社会福祉協議会会長 様

貸付番号	4KC999		
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56年 4月10日生
再就職日	令和 6年 6月 20日		
施設・事業所名	ヘルパーステーション茂里町		

借入日	令和 6年 6月 25日	借用総額	295,000円
		返還済額	0円
		返還免除申請額	295,000円
申請理由 該当番号を○で 囲んで下さい。	再就職準備金貸付規程の下記の条項に該当するため 1. 介護職員として就労した日から長崎県内で2年の間、引き続き介護職員等の業務に従事したため（2年とは在職期間が通算730日以上、かつ、業務従事期間が360日以上） 2. 介護職員として従事している期間中に、業務上の理由により死亡し、又は業務に起因する心身の故障のため介護職員等として継続して従事することが出来なくなったため。 3. 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下さい。
理由1の場合、業務従事届（様式第20号）
理由2、3の場合、その事実を証明する書類

私は次のとおり再就職準備金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 6年 6月 25日

貸付申請者
(本人自筆)

長崎 花子

返還免除申請書 (再就職準備金)

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
再就職日	令和 年 月 日		
施設・事業所名			

借入日	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 該当番号を○で 囲んで下さい。	再就職準備金貸付規程の下記の条項に該当するため 1. 介護職員として就労した日から長崎県内で2年の間、引き続き介護職員等の業務に従事したため(2年とは在職期間が通算730日以上、かつ、業務従事期間が360日以上) 2. 介護職員として従事している期間中に、業務上の理由により死亡し、又は業務に起因する心身の故障のため介護職員等として継続して従事することが出来なくなったため。 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下さい。
理由1の場合、業務従事届(様式第20号)
理由2、3の場合、その事実を証明する書類

私は次のとおり再就職準備金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)