

修学資金返還免除申請書

記入日： 年 月 日

社会福祉法人 神奈川県社会福祉協議会 会長 殿

(すべて自署) ※浸透印(スタンプ式印鑑)は使用不可です

修学生番号	S								
住所及び連絡先	〒 -								
	電話	()	携帯電話	()					
フリガナ				印※	生年月日				
氏名					年 月 日(歳)				
修学生時の状況	養成校名								
	卒業年月日			年 月 日 卒業					
貸付期間	A(月3万) B(月5万) (ABのいずれかを○で囲む)			[加算](○で囲む) 入学準備金(20万) 就職準備金(20万) 国家試験受験対策費用 (4万円×修業年限)(万円) 生活費加算 年 月から 年 月まで					
	<input type="checkbox"/> 高等教育無償化対象により減額あり 年 月 から 年 月 まで (年 箇月)								
	借用金額			円					

「神奈川県社会福祉協議会介護福祉士修学資金等貸付事業実施要綱」の規定により、
次のとおり修学資金の返還免除を申請いたします。

返還猶予を受けた期間	年 月 日から 年 月 日まで (年 箇月)			返還免除申請額			
				円			
申請理由	1 介護福祉士等の業務に従事 2 その他()						
理由発生年月日	年 月 日						
現在の就業先 又は在学先	所在地	〒 -					
	名称						
	電話番号	()					
卒業後の 状況	期 間		就業先又は進学先		所在地		
	年 月 年 月まで・現在	年 箇月			県内 県外		
	年 月 年 月まで・現在	年 箇月			県内 県外		