様式第８号（第８条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日南町介護福祉人材育成奨学資金等返還免除申請書 | | | | | | | |
| 貸付決定番号 | 第　 　　　　号 | 返還免除申請額 | | | | 円 | |
| 返 還 免 除  申　請　理　由 | １ （　　）年間町内で業務に従事　　　２　業務上の理由による死亡  ３　業務に起因する心身の故障　　　　 ４　死亡又は心身の故障  ５　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 借　受　金　額 | 円 | | | | | | |
| 既　返　還　額 | 円 | | | | | | |
| 未返還額 | 円 | | | | | | |
| 免除申請額 | 円 | | | | | | |
| 理由発生年月日 | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | |
| 資格登録年月日 | 令和　　年　　月　　日 | | | 資格登録番号 | | |  |
| 上記のとおり、日南町介護福祉人材育成奨学資金等の返還債務の免除を受けたいので、  申請します。  　　　　　　　　　年　　　月　　　日  　　日南町長　　様  　　　　　　　　　　　　　　借受人　住　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | |
| * 返 還 免 除   　決定年月日 | 年　　月　　日 | | * 返還免除   　 決 定 額 | | 円 | | |

※欄は記入しないでください。

（裏面に続きます）

（裏面）

日南町内で介護福祉士として従事した期間・事業所

|  |  |
| --- | --- |
| 期　　　　間 | 従　事　し　た　事　業　所 |
| 年　　月から  　　　年　　月まで | 事業所所在地  事業所名称  事業所の長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  電話番号　　　　　　　－　　　　　　－ |
| 年　　月から  　　　年　　月まで | 事業所所在地  事業所名称  事業所の長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  電話番号　　　　　　　－　　　　　　－ |
| 年　　月から  　　　年　　月まで | 事業所所在地  事業所名称  事業所の長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  電話番号　　　　　　　－　　　　　　－ |
| 町内従事期間合計 | 年　　　　　　か月 |

記載上の注意

　（１）免除申請理由は、該当する理由を○で囲んでください。

　（２）従事した事業所等をすべて記入し、事業所長の確認印をもらってください。記入欄が

　　　　足りない場合は、用紙をコピーして添付してください。

　（３）免除申請理由が死亡又は心身の故障による場合は、診断書を添付してください。

死亡又は心身の故障が業務に起因する場合は、業務に起因することを証する書面を添付

してください。