

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	平成・令和 年 月 日		
施設・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 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。		
備考			

※機械印字に相違がある場合は、訂正箇所を二重線で消して訂正印を押し、手書きで書き直して下さい。

- 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)

印