

## 返還当然免除申請書

申請日	年 月 日
-----	-------

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会会長 殿

申請者	貸付番号	
	フリガナ	
	氏名	(借受者との関係)
	生年月日	年 月 日生 ( 歳)
	住所	〒
	電話	自宅 ( ) - 携帯 ( ) -

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会障害福祉分野就職支援金貸付事業実施要綱の規定により、就職支援金の返還の当然免除を受けたいので、次のとおり申請します。

申請理由 (該当するものに○)	1 障害福祉職員の業務に2年従事(県社協要綱第11の1の(1)) 2 業務上の事由により死亡(県社協要綱第11の1の(2)) 3 業務に起因する心身の故障のため業務を継続できない (県社協要綱第11の1の(2))		
理由発生日	年 月 日		
研修修了日 (資格登録日)	年 月 日		
指定業務 従事状況	期 間	勤務年数	勤 務 先 名 称
	年 月から 年 月まで	年 月	
	年 月から 年 月まで	年 月	
	年 月から 年 月まで	年 月	
	計	年 月	
借 用 金 額	円		
返 還 免 除 申 請 金 額	円		

- 申請理由1の場合は、「指定業務等従事期間証明書」(様式第9)または「指定業務従事届(従事期間の記載のあるもの)」(様式第7)を添付してください。
- 申請理由2の場合は、死亡診断書等の写しを添付してください。
- 申請理由3の場合は、医師の診断書を添付してください。

記入例

## 返還当然免除申請書

申請日

令和〇年〇月〇日

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会会長 殿

申請者	貸付番号	123456
	フリガナ	アイチ フクシ
	氏名	愛知 福祉 (借受者との関係 本人)
	生年月日	〇〇年〇月〇日生(〇〇歳)
	住所	〒123-4567 名古屋市〇区〇〇1丁目2番地 〇〇〇マンション102号
	電話	自宅(052)111-2222 携帯(090)3333-4444

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会障害福祉分野就職支援金貸付事業実施要綱の規定により、就職支援金の返還の当然免除を受けたいので、次のとおり申請します。

申請理由 (該当するものに○)	① 障害福祉職員の業務に2年従事(県社協要綱第11の1の(1)) ② 業務上の事由により死亡(県社協要綱第11の1の(2)) ③ 業務に起因する心身の故障のため業務を継続できない (県社協要綱第11の1の(2))		
理由発生日	令和〇年〇月〇〇日		
研修修了日 (資格登録日)	令和〇年〇月〇〇日		
指定業務 従事状況	期間	勤務年数	勤務先名称
	〇年〇〇月から 〇年〇〇月まで	2年0月	特別養護老人ホーム〇〇
	年		
	年		
	年 月まで		
計	2年0月		
借用金額	200,000 円		
返還免除 申請金額	200,000 円		

2年間従事した後、当然免除申請書を提出する必要があります。継続勤務される場合であっても2年間が経ちましたら速やかに申請ください。理由に関わらず、従事していなかった期間は2年間には含まれませんのでご注意ください。

- 申請理由1の場合は、「指定業務等従事期間証明書」(様式第9)または「指定業務従事届(従事期間の記載のあるもの)」(様式第7)を添付してください。
- 申請理由2の場合は、死亡診断書等の写しを添付してください。
- 申請理由3の場合は、医師の診断書を添付してください。