

返還裁量免除申請書

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 (歳)
	住所	〒		
	電話番号	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裁量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1年以上2年未満従事した(県社協要綱第12の1の(1)) 2 死亡により返還できなくなった(県社協要綱第12の1の(2)) 3 障害のため返還できなくなった(県社協要綱第12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	
借用時期	年	月	(就職支援金を借用した月を記入してください。)
借用金額	円		
返還免除 申請金額	円		
備考	※申請理由3の場合 返還免除申請額＝借入額×指定業務従事期間(月数)÷24ヶ月 (退職の場合は理由を記入してください。)		

- 1 申請理由1の場合は、「指定業務等従事期間証明書」(様式第5)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6)を添付してください。
- 2 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。
- 3 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

返還裁量免除申請書

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
	電話番号	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裁量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1年以上2年未満従事した(県社協要綱第12の1の(1)) 2 死亡により返還できなくなった(県社協要綱第12の1の(2)) 3 障害のため返還できなくなった(県社協要綱第12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
	〇年〇月から 〇年〇月まで	〇年〇月	障害福祉サービス〇〇
	年 月から 年 月まで	年 月	
	年 月から 年 月まで	年 月	
	計	〇年〇月	
借用時期	令和〇年4月(就職支援金を借用した月を記入してください。)		
借用金額	200,000円		
返還免除 申請金額	200,000円 ※申請理由3の場合 返還免除申請額=借入額×指定業務従事期間(月数)÷24ヶ月		
備考	例: 〇〇〇のため働けなくなった (退職の場合は理由を記入してください。)		

- 申請理由1の場合は、「指定業務等従事期間証明書」(様式第5)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6)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。