

(様式第7号)

# ひとり親家庭高等職業訓練促進資金返還免除申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人 奈良県社会福祉協議会長 様

氏名	(フリガナ)			性別	男・女
	Ⓜ				
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生まれ ( 歳)				
住所	〒 -				
電話	自宅		携帯		
養成機関名					
修了等期日	<input type="checkbox"/> 修了 [ 年 月 日 ]			資格取得年月日	
	<input type="checkbox"/> 中退 [ 年 月 日 ]			年 月 日	
取得資格	<input type="checkbox"/> 看護師 (准看護師) <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	入学準備金			就職準備金	
貸付額	円			円	
返還済額	円			円	
返還免除申請額	円			円	
申請理由	<input type="checkbox"/> 取得資格が必要な業務に従事 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 心身の故障 <input type="checkbox"/> その他 ( )			理由発生年月日	
				年 月 日	
業務従事 の状況	従事期間			就職先	
	年 月から 年 月まで		年 ヵ月		
	年 月から 年 月まで		年 ヵ月		
	年 月から 年 月まで		年 ヵ月		

※ 申請理由において、取得資格が必要な業務に従事した場合は、「業務従事期間証明書」(様式第10号)、死亡の場合は「死亡診断書」、心身の故障の場合は医師の「診断書」を添付すること。