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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | | | | | | 性別 | 男性 ・ 女性 |
| ㊞ | | | | | | | |
| 生年月日 | □ 昭和  　　□ 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 | □ 修了〔令和　　年　　月　　日〕  　□ 中退〔令和　　年　　月　　日〕 | | | | | 資格取得年月日 | | | | |
| 年　　　月　　　日 | | | | |
| 取得資格 | □ 看護師（准看護師）　　　□ 介護福祉士  　□ 理学療法士　　　　　　　□ 保育士  　□ 作業療法士　　　　　　　□ その他（　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 貸 付 金 | 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 | □ 取得資格が必要な業務に従事  　□ 死　亡  　□ 心身の故障  　□ その他（　　　　　　　　　） | | | | 理由発生年月日 | | | | | |
| 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | |
| 業務従事  の状況 | 従事期間 | | | | | | 就　職　先 | | | |
| 令和　　年　　月から  令和　　年　　月まで | | 年　　ヶ月 | | | |  | | | |
| 令和　　年　　月から  令和　　年　　月まで | | 年　　ヶ月 | | | |  | | | |
| 令和　　年　　月から  令和　　年　　月まで | | 年　　ヶ月 | | | |  | | | |

* 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－１)、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。