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。