

返還猶予申請書(実務者研修受講資金)

長崎県社会福祉協議会会長 様

貸付番号	3KB9999	氏名	長崎 花子
住所等	〒852-9999 長崎市浦上町99-99		
	携帯電話	090(9999)9999	自宅電話
法人名	社会福祉法人 茂里会		
介護事業所名	ヘルパーステーション茂里町		

借入日	平成・ 7月10日	借用総額	107,000円
借入時の返還猶予期間	借用期間経過後、長崎県内で介護福祉士として返済免除業務に従事する期間が2年を経過するまでの期間で、下記返還猶予理由に該当する期間。		
借入時の返還猶予要件(右記いずれか)	①研修施設卒業後、介護福祉士を目指しながら長崎県内で介護等業務に従事中かつ介護福祉士初回受験予定年度の翌々年度5月31日が到来していないこと。 ②長崎県内で介護福祉士として介護等業務に従事していること。		
今回一時的に下記やむをえない事由により返還猶予を申請する期間	令和4年12月10日から 令和5年5月10日まで		
申請理由(一時的なやむをえない事由)	(具体的に記入して下さい) 骨折のため、上記申請期間業務に従事できないため 医師の診断書別添		
備考			

注) 申請理由により次の書類を添付してください。

災害、疾病、負傷、その他やむを得ない事情を証する書類

上記のとおり長崎県介護福祉士実務者研修受講資金返還金の支払猶予を受けたいので、関係書類を添えて申請します。なお上記申請理由にかかる事情に該当しなくなりかつ借入時の返還猶予要件にも復帰できなかった場合には、上記猶予期間内にかかわらず返還します。

令和 4年 12月 26日

貸付申請者
(本人自筆)

長崎 花子



令和 4年 12月 26日

連帯保証人
(本人自筆)

山里 太郎



返還猶予申請書 (実務者研修受講資金)

長崎県社会福祉協議会会長 様

貸付番号		氏名	
住 所 等	〒 _____		
	携帯電話	()	自宅電話 ()
法人名			
介護事業所名			

借入日	平成・令和 年 月 日	借用総額	円
借入時の返還猶予期間	借用期間経過後、長崎県内で介護福祉士として返済免除業務に従事する期間が2年を経過するまでの期間で、下記返還猶予理由に該当する期間。		
借入時の返還猶予要件 (右記いずれか)	①研修施設卒業後、介護福祉士を目指しながら長崎県内で介護等業務に従事中かつ介護福祉士初回受験予定年度の翌々年度5月31日が到来していないこと。 ②長崎県内で介護福祉士として介護等業務に従事していること。		
今回一時的に下記やむをえない事由により返還猶予を申請する期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		
申請理由 (一時的なやむをえない事由)	(具体的に記入して下さい)		
備 考			

注) 申請理由により次の書類を添付してください。
災害、疾病、負傷、その他やむを得ない事情を証する書類

上記のとおり長崎県介護福祉士実務者研修受講資金返還金の支払猶予を受けたいので、関係書類を添えて申請します。なお上記申請理由にかかる事情に該当しなくなりかつ借入時の返還猶予要件にも復帰できなかった場合には、上記猶予期間内にかかわらず返還します。

令和 年 月 日 貸付申請者 (本人自筆) (印)

令和 年 月 日 連帯保証人 (本人自筆) (印)