

第 19 号様式 (第 14 条関係)

介護福祉士等修学資金返還免除申請書

年 月 日

東京都知事 殿

貸与決定番号 第 ー 号
本人

〒
住所名
氏名 () 印
電話番号 ()
連帯保証人

〒
住所名
氏名 印

下記のとおり、介護福祉士等修学資金の返還の免除を受けたいので、別紙書類を添えて申請します。
記

貸与を受けた時の養成施設等名	
貸与を受けた期間	年 月 から 年 月 まで
貸与を受けた金額 (注 1)	円
返還免除を希望する期間及び金額 (注 1)	年 月 から 年 月 まで 円

該当事項	<p>1 養成施設を卒業した日から1年以内に介護業務等に従事し、引き続き介護福祉士又は社会福祉士として条例第12条第1項第1号に定める期間介護業務等に従事したため (条例第12条第1項第1号該当)</p> <p>2 介護業務等上の理由による死亡又は心身の故障により、勤務を継続できないため (条例第12条第1項第2号該当)</p> <p>3 死亡又は心身の故障により、修学資金の返還ができないため (条例第12条第2項第1号該当)</p> <p>4 災害等やむを得ない理由により修学資金の返還の債務の履行ができないため (条例第12条第2項第2号該当)</p> <p>5 貸与を受けた期間以上介護業務等に従事した後、特別な事情により介護業務等を継続することができなくなったため (条例第12条第2項第3号該当)</p>
------	---

備考	
----	--

従事先	名称	
	施設等種別 (注 2)	(介護保険事業所番号)
	所在地	(〒 電話 ())
	上記職員の業務内容	
	雇用形態	常勤・非常勤
従事期間	年 月 日から 年 月 日・現在まで	
従事先者証明書	上記のとおりであることを証明します。 年 月 日 従事先管理者名 印	上記のとおりであることを証明します。 年 月 日 従事先管理者名 印

(注) 1 返還猶予を希望する金額の先頭に¥マークを記入してください。
2 施設等種別欄には、修学生のしおりにある『別表「指定施設等」』を参照の上、記入してください。
3 該当事項及び添付書類については、裏面を参照してください。