

ひとり親家庭高等職業訓練促進資金  
返 還 免 除 申 請 書

年 月 日

社会福祉法人大阪府母子寡婦福祉連合会理事長 様

住 所	〒 ー	
	電話番号 ( ー ー )	
フリガナ		生年月日
氏 名	㊟	年 月 日生 ( 歳)

社会福祉法人大阪府母子寡婦福祉連合会ひとり親家庭高等職業訓練促進資金貸付要綱等の規定により、資金の返還免除を受けたいので、次のとおり申請いたします。

申 請 理 由 (該当番号に○)	1 要綱第9条第1号に規定する業務に5年間引き続き従事 2 当該業務上の事由により死亡、又は業務に起因する心身の故障 3 死亡、又は障がいにより返還が困難 4 長期間所在不明(履行期限到来後の返還請求日より5年以上経過) 5 要綱第9条第1号に規定する業務に従事
理由発生年月日	年 月 日

資 金 の 種 類	入 学 準 備 金	就 職 準 備 金
借 用 日	年 月 日	年 月 日
資 格 取 得 日	年 月 日	年 月 日
返 還 猶 予 期 間	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで
業 務 従 事 期 間	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで
貸 付 金 額 (A)	円	円
返 還 済 額 (B)	円	円
返 還 免 除 申 請 額 (C)	円	円
残 額 (返 還 額) (A-B-C)	円	円

※返還免除申請額は、「(貸付金額－返還済額) × 業務従事期間 / 60」で算定した額。