

障害福祉分野就職支援金 返還方法申出書

年 月 日

社会福祉法人宮崎県社会福祉協議会会長 殿

申出者 住所 〒 -
 電話 ()
 氏名 印

法定代理人 住所 〒 -
 電話 ()
 氏名 印

連帯保証人 住所 〒 -
 電話 ()
 氏名 印

就職支援金を次の方法により返還したいので、申し出をします。

借受人氏名		借受人番号	第 号
借用金額	円		
返還の事由及びその事由が生じた年月日	(事由が生じた年月日 年 月 日)		
返還すべき額	円		
返還方法	月賦	1月当たりの返還額	円 [毎月25日]
		返還期間及び回数	年 月から 年 月までの回払い
	半年賦	半年当たりの返還額	円 [25日 (月、 月)]
		返還期間及び回数	年 月から 年 月までの回払い

注 1 申出者が未成年の場合には、法定代理人も署名・捺印すること。

2 返還方法については、月賦または半年賦のいずれかの方法を選択して○を付ける。