

介護分野就職支援金 返還方法変更申出書

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

就職支援金の返還方法について、次のとおり変更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 | 返還済額 | 円 |
| 返還未済額 | 円 | | |
| 返還方法 の変更 | 変更前 | 支払方法 | 月賦 ・ 半年賦 (月、 月) |
| | | 1月当たり(半年あたり)の返還額 | 円 |
| | 変更後 | 支払方法 | 月賦 ・ 半年賦 (月、 月) |
| | | 1月当たり(半年あたり)の返還額 | 円 |
| | | 返還期間及び回数 | 年 月から 年 月までの 回払い |
| | 変更の理由 | | |

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。