

介護福祉士・社会福祉士修学資金 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 〒 -
 氏名 印
 連帯保証人 住所 〒 -
 氏名 印

修学資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
借用期間	年 月から 年 月までの か月間		
貸付けの休止の有無及び期間	有り (年 月から 年 月までの か月間) 無し		
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。