

(様式 10)

介護福祉士修学資金等貸付 返還計画承認申請書

(西暦) 年 月 日

社会福祉法人 京都府社会福祉協議会 会長 様

修学生番号	(決定通知書の修学生番号を記載すること)	
養成施設名		
修学生 連絡先	〒 _____ 自宅電話(_____) 携帯電話(_____) e-mail (_____ @ _____)	
ふりがな		生 年 月 日
氏 名		(西暦) 年 月 日

次のとおり修学資金を返還したいので、承認願います。

貸付を受けた期間	(西暦) 年 月 日 ~ 年 月 日
うち、休学又は停学していた期間	(西暦) 年 月 日 ~ 年 月 日
貸付を受けた額	円(A)
返還免除額	円(B)
返還済額	円(C)
返還額	円(A)-(B)-(C)
返還期間	(西暦) 年 月 日 ~ 年 月 日
返還方法	<input type="checkbox"/> 一括払 <input type="checkbox"/> 均等払(月賦) <input type="checkbox"/> 均等払(半年賦) <input type="checkbox"/> 口座引落(京都銀行) <input type="checkbox"/> 口座引落(ゆうちょ銀行) <input type="checkbox"/> 振込票
返還する理由	

連帯保証人	〒 _____
※申請時に届け出た連帯保証人とする こと	連絡先 電話 (_____)
	氏名 (実印) (自署・押印のこと)

連帯保証人	〒 _____
※申請時に届け出た連帯保証人とする こと	連絡先 電話 (_____)
	氏名 (実印) (自署・押印のこと)