

修学資金返還免除申請書

年 月 日

東京都知事 殿

ふりがな
 申請者の氏名 ㊟
 郵便番号
 住 所
 電 話 ()

貸与番号							
------	--	--	--	--	--	--	--

ふりがな
 ※借受人の氏名
 ※申請者が借受人本人である場合は記入の必要はありません。

下記により、修学資金の返還免除を申請します。

記

1 免除申請の理由

- (1) 当然(全額)免除——引き続き当然免除を受けるのに必要な期間看護業務に従事
 - (2) 当然(全額)免除——業務上の死亡又は心身の故障
 - (3) 裁量(一部)免除——引き続き貸与相当期間以上看護業務に従事
 - (4) 裁量(全額又は一部)免除——死亡又は心身の故障
- (注) (1)から(4)までのうち該当するものに○を付けてください。

2 免除申請額

円

3 養成施設等卒業(修了)後の状況

免除申請期間	就業場所・進学校名称等	左記期間を証明する書類の有無
年 月から 年 月まで (か月)		・在職証明書 (有・無) ・その他書類 (有・無)
年 月から 年 月まで (か月)		・在職証明書 (有・無) ・その他書類 (有・無)
年 月から 年 月まで (か月)		・在職証明書 (有・無) ・その他書類 (有・無)
年 月から 年 月まで (か月)		・在職証明書 (有・無) ・その他書類 (有・無)
年 月から 年 月まで (か月)		・在職証明書 (有・無) ・その他書類 (有・無)

(注) 就業場所の在職証明書などの証明書類を添付し、書類の有無に○を付けてください。

4 貸与金額・返還状況

借受期間	年 月から 年 月まで か月	総額	円
現在までに返還した額	年 月から 年 月まで か月	総額	円

貸与番号

(裏)

在職証明書

1 氏名

2 住所

〒 _____

3 生年月日

4 医療機関名及び所在地等

医療機関名 _____

所在地 〒 _____

電話番号 _____

5 勤務形態（いずれかに○を付けてください）

① 常勤 ② 非常勤（毎月 128 時間以上・毎月 128 時間未満）従事

6 在職期間（いずれかに○を付けてください）

____年 ____月 ____日 ～ ____年 ____月 ____日

上記在職期間のうち、休職期間 あり ・ なし

↓

【休職期間】 ____年 ____月 ____日 ～ ____年 ____月 ____日

【休職理由】 産休 ・ 育休 ・ 傷病 ・ その他（ _____ ）

7 職種（いずれかに○を付けてください）

保健師 ・ 助産師 ・ 看護師 ・ 准看護師

上記のとおり在職 _____ していること _____ を証明する。（いずれかに○を付けてください）
_____ していたこと

____年 ____月 ____日

医療機関名

医療機関の長

