

住宅支援資金返還債務裁量免除申請書

年 月 日

社会福祉法人
愛知県母子寡婦福祉連合会 理事長 殿

母子・父子自立支援プログラムを策定した機関	<input type="checkbox"/> 市（社会）福祉事務所 <input type="checkbox"/> 愛知県 福祉相談センター <input type="checkbox"/> ジョイナス、ナゴヤ <input type="checkbox"/> (福) 愛知県母子寡婦福祉連合会	決定番号	
住 所	〒 - 電話		
氏 名		生年 月日	年 月 日 (歳)

社会福祉法人愛知県母子寡婦福祉連合会等高等職業訓練促進資金貸付規程等の規定により、住宅支援資金の返還の裁量免除を受けたいので、次のとおり申請いたします。

申請理由 (いずれかに○)	1 死亡により返還できなくなった (要綱第11の2(1)) 2 障害のため返還できなくなった (要綱第11の2(1))		
理由発生年月日	年 月 日		
貸付決定日	年 月 日		
資金の最初の振込日	年 月 日		
借用資金の種類	住宅支援資金		
借 用 金 額	住宅支援資金	円	
返還免除申請額	住宅支援資金	円	

備考 1 業務外の理由により死亡した場合は、死亡診断書等の写しを添付すること。
2 業務外に起因する障害の場合は、医師の診断書等を添付すること。