

看護師等修学資金返還債務免除申請書

令和 7 年 ● 月 ● 日

(宛先) 川崎市長

・貸与を受けた方の住所・氏名・電話番号をご記入ください。
・電話は、携帯電話等の「日中でも連絡の取りやすい番号」をご記入ください。

貸与決定番号 第.....号

住所
氏名
電話

川崎市看護師等修学資金貸与条例 第11条・第12条の規定により修学資金の返還債務の免除を申請します。

貸与を受けた合計金額をご記入ください。

貸与を受けた金額	金*, ***, **円
養成施設	● 年 ● 月卒業 (● 年間在学)
看護師等免許	● 年 ● 月 ● 日
看護業務従事期間	● 年 ● 月 ● 日から令和 6 年 3 月 31 日まで (● 箇月)
申請事由	【例】看護師修学資金の貸与を受けた期間と同期間、市内の医療機関において看護業務に従事したため。

【例】を参考に、免除を受けようとする理由を記入してください。

該当する従事期間を記入してください。

(例)

- ・ 令和 3 年 4 月 1 日から令和 6 年 3 月 31 日まで (36 箇月)
- ・ 令和 4 年 4 月 1 日から令和 6 年 3 月 31 日まで (24 箇月)

上記の事項を証する書類を添付してください。

記載誤りがあった場合、誤り部分を二重線で消すとともに、余白に正しい内容を記入してください。訂正印は不要です。