

ひとり親家庭住宅支援資金  
返還(裁量)免除申請書

年 月 日

社会福祉法人大阪府母子寡婦福祉連合会 理事長 様

借受人住所

借受人氏名(自署)

借受人電話番号

標記資金の返還金の返還について、下記のとおり返還の免除を受けたいので、申請します。

記

貸付金額	円	返還免除 申請額	円
返還免除 申請理由 * 該当事項 にチェック	<input type="checkbox"/> 死亡または障がいにより貸付けを受けた住宅支援資金を返還することができなくなったため。 具体的な理由を記入してください。 <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>		
返還免除発 生日	年 月 日		
業務の従事 状況	期間	従事年数	従事先
	年 月 日から 年 月 日まで	年 月	
	年 月 日から 年 月 日まで	年 月	
	年 月 日から 年 月 日まで	年 月	

※申請の際には、返還免除理由が死亡の場合は死亡診断書を、心身の故障等の場合は診断書等その理由を証する書類を添付してください。

なお、借受人が死亡の場合はその相続人が届け出てください。