

介護福祉士修学資金等貸付【介護分野就職支援金貸付事業】申請書

社会福祉法人高知県社会福祉協議会 会長 様

私は、高知県内で就労（就労予定）をしており、就職支援金の貸付けを受けたいので、貸付要領第4条第1項の規定により関係書類を添えて申請します。

なお、貸付決定後は、貸付要領に定められた事項を守ることを誓います。

				令和	年	月	日	
貸付申請者(自署)	フリガナ		性別	生年月日				
	氏名	(印)	男・女	昭和	年	月	日	
	住所	(〒 - )						平成
	取得資格	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修						( 歳)
借用希望金額		円						
資金の使途		「就職支援金利用計画書」の借用項目に沿って、内容と金額を記入						
				円	円	円	円	
				円	円	円	円	
				円	円	円	円	
				合計	円			
申請理由								

上記の貸付申請に対し、同意します。(※申請者が未成年の場合、署名押印すること)

				令和	年	月	日	
法定代理人※2	住所	(〒 - )	(〒 - )					
	フリガナ		性別	性別				
	氏名	(印)	男・女	(印)	男・女			
	生年月日	昭和・平成	年	月	日	昭和・平成	年	月

【連帯保証人予定者】(※申請者が未成年の場合、法定代理人の氏名を記入)

住所		(〒 - )	(〒 - )						
フリガナ			性別	性別					
氏名			男・女	男・女					
生年月日		昭和・平成	年	月	日	昭和・平成	年	月	日

介護福祉士修学資金等貸付【介護分野就職支援金貸付事業】申請書

社会福祉法人高知県社会福祉協議会 会長 様

私は、高知県内で就労（就労予定）をしており、就職支援金の貸付けを受けたいので、貸付要領第4条第1項の規定により関係書類を添えて申請します。

なお、貸付決定後は、貸付要領に定められた事項を守ることを誓います。

				令和	年	月	日
貸付申請者(自署)	フリガナ		性別	生年月日			
	氏名	Ⓜ	男・女	昭和 平成	年	月	日 (歳)
	住所	(〒 - )					
	取得資格	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修					
借用希望金額	円						
資金の用途	「就職支援金利用計画書」の借用項目に沿って、内容と金額を記入						
				円	・		円
				円	・		円
				円	・		円
			合計				円
申請理由							

上記の貸付申請に対し、同意します。(※申請者が未成年の場合、署名押印すること)

				令和	年	月	日	
法定代理人※2	住所	(〒 - )	(〒 - )					
	フリガナ		性別		性別			
	氏名	Ⓜ	男・女	Ⓜ	男・女			
	生年月日	昭和・平成	年	月	日	昭和・平成	年	月

【連帯保証人予定者】(※申請者が未成年の場合、法定代理人の氏名を記入)

フリガナ	
氏名	

【連帯保証人予定者】(法人)

法人名称		代表者	
所在地	(〒 - )		
連絡先	(部署名等)	(担当者名)	
	(電話番号)	( )	

【介護分野就職支援金貸付事業】身 上 調 書

貸付申請者	フリガナ				電話	固定		
	氏名				番号	携帯		
	勤務先	(名称) (住所) 〒 -			(電話番号)	( )		
	職歴	施設・事業所名			期 間			
					年 月 ~ 年 月			
			年 月 ~ 年 月					
			年 月 ~ 年 月					
法定代理人	フリガナ				同居	同・別	健康状態	
	氏名				別居			
	電話番号	(固定) ( )			(携帯)	( )		
	職業				申請者との関係			
	勤務先	(名称) (住所) 〒 -			(電話番号)	( )		
法定代理人	フリガナ				同居	同・別	健康状態	
	氏名				別居			
	電話番号	(固定) ( )			(携帯)	( )		
	職業				申請者との関係			
	勤務先	(名称) (住所) 〒 -			(電話番号)	( )		
その他の家族の状況	氏名	続柄	年齢	同居別居	職業	勤務先・学校名	健康状態 (疾病・障害・要介護等)	
連帯保証人 (個人の場合)	フリガナ						健康状態	
	氏名							
	電話番号	(固定) ( )			(携帯)	( )		
	職業				申請者との関係			
	勤務先	(名称) (住所) 〒 -			(電話番号)	( )		

※貸付申請者が未成年の場合、法定代理人欄への記入により連帯保証人の記入を省略することは可

【介護分野就職支援金貸付事業】就職支援金利用計画書

令和 年 月 日

社会福祉法人高知県社会福祉協議会 会長 様

以下のとおり、就職支援金利用計画書を提出します。

ふりがな 氏名		性別 男・女	生年月日	S・H・R 年 月 日
住所	〒 ー 日中の連絡先(自宅・携帯) ー ー メールアドレス			
修了した研修名				
研修修了日	令和 年 月 日 (令和 年 月 日)	※就職と同時に研修を受講する場合、上段に研修修了予定日を記載し、下段のカッコ書きに研修受講予定日を記載すること。		
研修実施機関名				
借入希望金額	¥ ー			
※該当する( )に○をつけてください。	<input type="checkbox"/> 子どもの預け先を探す際の活動費 <input type="checkbox"/> 介護に係る軽微な情報収集や講習会参加経費又は参考図書などの購入費 <input type="checkbox"/> 靴や訪問介護員等として利用者の居宅を訪問する際に必要となる道具又は該当道具を入れる鞆等の被服費 <input type="checkbox"/> 敷金、礼金又は転居費など転居を伴う場合に必要となる費用 <input type="checkbox"/> 通勤用の自転車又はバイクの購入費 <input type="checkbox"/> その他( )			
就職予定年月日	令和 年 月 日			
就職先の事業所名				
直近の退職年月日 (離職者に限る。)	平成・令和 年 月 日			
前職名				

【介護分野就職支援金貸付事業】貸付対象事業実施証明書

令和 年 月 日

社会福祉法人高知県社会福祉協議会 会長 様

私は、下記の介護分野就職支援金貸付事業の貸付対象となる事業所において、主たる業務が介護等の業務である者として就労しています。

借入申込者 住所

氏名

印

業務従事先	所在地及び 電話番号	〒 ( ) 電話 ( )									
	施設・事業所名										
	いずれかに☑を 入れてください	上記の施設・事業所は、貸付対象事業所に <input type="checkbox"/> 該当する ・ <input type="checkbox"/> 該当しない									
	事業種別										
	事業所番号										
	職 種										
	業 務 内 容										
	勤 務 形 態	<input type="checkbox"/> 常勤（フルタイム勤務） ・ <input type="checkbox"/> 非常勤・パート									
業務従事開始日	令和 年 月 日 から										

上記の者は、上記のとおり、介護分野就職支援金貸付事業の貸付対象事業所において、主たる業務が介護等の業務である者として従事していることを証明します。

令和 年 月 日

業務従事先の施設（所属団体）名

施設（所属団体）の長の職及び氏名

証明書作成者の所属・氏名

連絡先 電話 ( )





【介護分野就職支援金貸付事業】借用証書

貸付決定番号

金 額	円
-----	---

上記のとおり就職支援金の貸付けを受けました。この資金は、社会福祉法人高知県社会福祉協議会 介護福祉士修学資金等貸付【介護分野就職支援金貸付事業】要領の規定に従い、返還します。

令和 年 月 日

貸付決定者 住所  
(自署) 氏名



上記の貸付けに対し、同意します。(※貸付決定者が未成年の場合、署名押印すること)

令和 年 月 日

法定代理人 住所  
(自署) 氏名



令和 年 月 日

法定代理人 住所  
(自署) 氏名



上記の貸付けに対し、連帯して債務を負担します。

令和 年 月 日

連帯保証人1 (自署) 住所  
(※貸付決定者が未成年の場合、法定代理人は署名押印すること) 氏名



令和 年 月 日

連帯保証人2 (自署) 住所  
(※貸付決定者が成年又は連帯保証人1が法定代理人の場合であって、要件を満たさない場合は署名押印すること。) 氏名



注 この借用証書に押印した貸付決定者又は法定代理人（親権者、未成年後見人等）及び連帯保証人の印鑑については、市町村長の証明書を添付してください。

(貸付決定者が未成年の場合、貸付決定者は認印で可であり、印鑑登録証明書の添付は不要。)



【介護分野就職支援金貸付事業】借用証書

貸付決定番号

金 額	円
-----	---

上記のとおり就職支援金の貸付けを受けました。この資金は、社会福祉法人高知県社会福祉協議会 介護福祉士修学資金等貸付【介護分野就職支援金貸付事業】要領の規定に従い、返還します。

令和 年 月 日

貸付決定者 住所  
(自署) 氏名



上記の貸付けに対し、同意します。(※貸付決定者が未成年の場合、署名押印すること)

令和 年 月 日

法定代理人 住所  
(自署) 氏名



令和 年 月 日

法定代理人 住所  
(自署) 氏名



上記の貸付けに対し、連帯して債務を負担します。

令和 年 月 日

連帯保証人 住所  
(※貸付決定者が未成年の場合、  
法定代理人は署名押印すること) 氏名



令和 年 月 日

連帯保証人 所在地  
(法人) 代表者名



注 この借用証書に押印した貸付決定者又は法定代理人(親権者、未成年後見人等)及び連帯保証人の印鑑については、市町村長の証明書を添付してください。

(貸付決定者が未成年の場合、貸付決定者は認印で可であり、印鑑登録証明書の添付は不要。)

※いずれかに○を付けてください。

【介護分野就職支援金貸付事業】振込口座届

令和 年 月 日

社会福祉法人高知県社会福祉協議会 会長 様

貸付決定番号

借受人  
(自署)

住所

氏名

印

就職支援金の貸付金について、振込口座を次のとおり届け出ます。

(借受人名義の口座をご記入ください。)

金融機関名						
本支店名						
預金種別	1:普通預金		2:当座預金			
口座番号						
フリガナ						
口座名義						



【介護分野就職支援金貸付事業】請求書

令和 年 月 日

社会福祉法人高知県社会福祉協議会 会長 様

	貸付決定番号	
借受人 (自署)	住所	
	氏名	印
法定代理人 (自署)	住所	
	氏名	印
法定代理人 (自署)	住所	
	氏名	印

下記のとおり請求します。

記

金額 \_\_\_\_\_ 円

【介護分野就職支援金貸付事業】返還免除申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人高知県社会福祉協議会 会長 様

申請者 貸付決定番号

住所

氏名

印

社会福祉法人高知県社会福祉協議会 介護福祉士修学資金等貸付【介護分野就職支援金貸付事業】要領第9条、第9条の2の規定に基づき、就職支援金の返還の免除を受けたいので、次のおり申請いたします。

借用時期	令和 年 月	借用金額	円	
		返還済額	円	
返還猶予を受けた期間	令和 年 月から 令和 年 月まで ( 年 月)	返還免除済額	円	
		返還免除申請額	円	
申請理由	1 対象業務に従事 (2年・その他) 2 死亡 3 心身の故障 4 その他 ( )	理由発生 年月日	令和 年 月 日	
現在の就業先	所在地	〒 -		
	電話番号	電話 ( )		
	名称			
就業先 詳細	期 間		就業先	所在地 (都道府県名)
	令和 年 月から 令和 年 月まで・現在	年 月		
	令和 年 月から 令和 年 月まで・現在	年 月		
	令和 年 月から 令和 年 月まで・現在	年 月		
備考				

【介護分野就職支援金貸付事業】 返還猶予申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人高知県社会福祉協議会 会長 様

申請者 貸付決定番号

住所

氏名

印

社会福祉法人高知県社会福祉協議会 介護福祉士修学資金等貸付【介護分野就職支援金貸付事業】要領第11条の規定に基づき、就職支援金の返還の猶予を受けたいので、次のとおり申請いたします。

借用時期	年 月		借用金額	円
			返済済額	円
返還猶予を求 める期間	令和 年 月から 令和 年 月まで ( 年 月)		返還免除済額	円
			返還猶予申請額	円
申請理由	1 対象業務に従事 2 その他( )		理由発生 年 月 日	令和 年 月 日
現在の就業先	所在地	〒 - 電話 ( )		
	電話番号			
	名 称			
就業先 詳細	期 間		就業先	所在地 (都道府県名)
	年 月から 年 月まで・現在	年 月		
	年 月から 年 月まで・現在	年 月		
	年 月から 年 月まで・現在	年 月		
備考				

【介護分野就職支援金貸付事業】死亡届

令和 年 月 日

社会福祉法人高知県社会福祉協議会 会長 様

届出者 貸付決定番号

住所

氏名

印

借受人との関係

社会福祉法人高知県社会福祉協議会 介護福祉士修学資金等貸付【介護分野就職支援金貸付事業】の貸付けを受けた下記の者が死亡したので、関係書類を添えて届け出ます。

記

住所	
氏名	
死亡年月日	令和 年 月 日
死亡事由	業務上の事由 ・ 業務外の事由
死亡状況 (業務上の事由の場合)	
備考	

注 除籍証明書（又は死亡診断書の写し）を添付すること

【介護分野就職支援金貸付事業】

住所・氏名・電話番号・勤務先異動届

令和 年 月 日

社会福祉法人高知県社会福祉協議会 会長 様

届出者 貸付決定番号

住所

氏名

印

社会福祉法人高知県社会福祉協議会 介護福祉士修学資金等貸付【介護分野就職支援金貸付事業】要領第12条の規定に基づき、下記のとおり届け出ます。

記

変更事項	貸付けを受けた者の（住所・氏名・電話番号・勤務先） 法定代理人の（住所・氏名・電話番号・勤務先） 連帯保証人の（住所・氏名・電話番号・勤務先）	
	（新）	（旧）
住所	〒	〒
電話番号	（ ）	（ ）
フリガナ		
氏名		
勤務先 （名称）		
所在地	〒	〒
電話番号	（ ）	（ ）

（注）変更があった事項のみご記入ください。

【介護分野就職支援金貸付事業】業務従事届

令和 年 月 日

社会福祉法人高知県社会福祉協議会 会長 様

届出者 貸付決定番号

住所

氏名

印

社会福祉法人高知県社会福祉協議会介護福祉士修学資金等貸付【介護分野就職支援金貸付事業】要領に定める区域及び職種の業務に従事しているのので、次のとおり届出ます。

業務従事先	所在地及び電話番号	〒 - 電話 ( )									
	施設・事業所名										
	事業種別										
	事業所番号										
	職種										
	業務内容										
	勤務形態	常勤（フルタイム勤務）					非常勤・パート				
業務従事開始日	令和 年 月 日 から										

上記のとおり、介護分野就職支援金貸付事業の貸付対象事業所において、対象業務に従事していることを証明いたします。

令和 年 月 日

業務従事先の施設（所属団体）名

施設（所属団体）の長の職及び氏名

証明書作成者の所属・氏名



連絡先 電話 ( )

【介護分野就職支援金貸付事業】業務従事期間証明書

令和 年 月 日

社会福祉法人高知県社会福祉協議会 会長 様

貸付決定番号		借受人	
住 所	〒 -		

上記の者が介護分野就職支援金貸付事業の貸付対象事業所において、次のとおり対象業務に従事していたことを証明いたします。

業務従事先	所在地及び電話番号	〒 -		電話 ( )		
	施設・事業所名					
	事業種別					
	事業所番号					
	職 種					
	業 務 内 容					
	勤 務 形 態	常勤 (フルタイム勤務)	非常勤・パート			
業務従事期間	(自)	年	月	日	から	
	(至)	年	月	日	まで ( 年 か月)	
	※上記期間のうち、長期休職期間がある場合、ご記入ください。(産休・育休、病休など)					
	(自)	年	月	日	から	
	(至)	年	月	日	まで ( 年 か月)	
業務従事日数	ア 360日以上		イ その他 ( 日)			
※実労働日数 (休日、休暇、病気、休職等で従事しなかった日を除いた日数)						

令和 年 月 日

業務従事先の施設 (所属団体) 名

施設 (所属団体) の長の職及び氏名

証明書作成者の所属・氏名

連絡先 電話 ( )



社会福祉法人高知県社会福祉協議会 会長 様

	貸付決定番号		
貸付決定者 (自署)	住所		
	氏名		印
法定代理人 (自署)	住所		
	氏名		印
法定代理人 (自署)	住所		
	氏名		印

**【介護分野就職支援金貸付事業】連帯保証人変更申請書**

社会福祉法人高知県社会福祉協議会 介護福祉士修学資金等貸付【介護分野就職支援金】要領第6条の2の規定により連帯保証人の変更について申請します。

1 旧連帯保証人 住 所  
氏 名

2 変更の理由

3 新連帯保証人

フリガナ 氏 名		性 別	男 女	生年 月日	昭和 平成	年	月	日
住 所	〒 -	電 話 番 号	固 定 携 帯					
職 業	申請者との関係							
勤務先	(名称)	(電話番号)	( )					
	(住所) 〒 -							

(注) 新連帯保証人の保証書(第14号様式)及び新連帯保証人の収入又は所得若しくは資産を証明する書類を添付してください。





【介護分野就職支援金貸付事業】

保 証 書

令和 年 月 日

社会福祉法人高知県社会福祉協議会 会長 様

新連帯保証人 住所

氏名



(住所 氏名 )は、  
社会福祉法人高知県社会福祉協議会 介護福祉士修学資金等貸付【介護分野就職支援金貸付事業】要領による就職支援金の貸付けを受けていますが、この度、旧連帯保証人(住所 氏名 )に替わり私が連帯保証人となりましたので、下記の貸付けに対し、連帯して債務を負担します。

借用金額	円
------	---

注 この保証書に押印した新連帯保証人の印鑑については、市町村長の証明書を添付してください。

## 【介護分野就職支援金貸付事業】返還届

令和 年 月 日

社会福祉法人高知県社会福祉協議会 会長 様

届出者 ( 本人 ・ 連帯保証人 )

住所

フリガナ  
氏名

印

社会福祉法人高知県社会福祉協議会 介護福祉士修学資金等貸付【介護分野就職支援金貸付事業】要領第10条第1項の規定により就職支援金を返還するにあたり、下記のとおり返還事由及び返還方法を届け出ます。

貸付決定 番号	04KC007	借受人 氏名	
返還事由 (該当事由 にチェック)	<input type="checkbox"/> 貸付契約の解除 (第1号) <input checked="" type="checkbox"/> 高知県内において介護職員等の業務に従事する意思がなくなった (第2号) <input type="checkbox"/> 業務外の事由により死亡した (第3号) <input type="checkbox"/> 業務外の事由により心身の故障により業務に従事できなくなった (第3号)		
返還方法	月 賦 ・ 半年 賦		
返還期間	ヶ月 (※最大12ヶ月まで)		
備考			

【介護分野就職支援金貸付事業】業務離職等届

令和 年 月 日

社会福祉法人高知県社会福祉協議会 会長 様

届出者 貸付決定番号

住所

氏名

㊞

下記事項について届け出ます。

記

業務従事先	離職年月日	令和 年 月 日
	所在地及び 電話番号	〒 - 電話 ( )
	施設・事業所名	
	職 種	
	業 務 内 容	
	勤 務 形 態	常勤（フルタイム勤務） 非常勤・パート
離職理由		
備 考		

【介護分野就職支援金貸付事業】 辞退届

令和 年 月 日

社会福祉法人高知県社会福祉協議会 会長 様

届出者 貸付決定番号

住所

氏名

印

下記の事項について届け出ます。

記

辞退理由発生日	令和 年 月 日
貸付決定額	円
貸付辞退額	円
辞退理由	

個人情報取扱業務概要説明書

事業名 介護福祉士修学資金等貸付事業

<p>本事業において取得、利用する個人情報（項目）</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・氏名、性別、生年月日、住所、電話番号、本籍・国籍などの基本的事項</li> <li>・健康状態、病歴、障害の状況などの心身の状況</li> <li>・家族状況、親族関係、住居などの家庭生活の状況</li> <li>・職業、職歴、学業、学歴、資格、賞罰などの社会生活情報</li> <li>・財産、収入、納税状況、公的扶助、取引状況などの資産・収入の情報</li> </ul>
<p>個人情報の取得に際して提出を受ける書面等</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・貸付申請書、生計を一とする世帯全員の住民票など貸付申請に係る書類</li> <li>・借用書、印鑑登録証明書、振込口座届、請求書など貸付金の交付に係る書類</li> <li>・その他、各貸付審査及び返還手続、返還猶予・免除において必要な付随する書類</li> </ul>
<p>個人情報の利用目的</p>	<p>社会福祉法人高知県社会福祉協議会介護福祉士修学資金等貸付事業の円滑な実施のため、貸付・償還（返還）の状況について正確に把握するとともに、利用者の資格取得及び取得資格を活かした就業支援並びに就業継続支援を図り、安定した生活を送れるようにするための相談・支援等を適切に行うことを目的とする。また、高知県福祉人材センター等と連携し、効果的、効率的な支援を実施することにより、福祉・介護人材の育成及び確保の促進を図ることを目的とする。</p>
<p>個人情報の利用方法及び外部（第三者）への提供並びに本人以外からの個人情報の取得</p>	<p>(1)保管及びデータ管理の方法 書面については、施錠できる事務所内のキャビネットで保管するとともに、所定の保管場所から搬出する際は記録簿に記入して管理する。関連データをNAS（ネットワークアタッチメントストレージ）で保管する。また、取得した個人情報を貸付管理システムに登録する。</p> <p>(2)具体的利用内容 貸付相談、貸付審査、返還猶予及び免除手続、相談支援、高知県福祉人材センターや各養成施設との連携など、本事業の利用者を支援するために行うものに利用</p> <p>(3)外部（第三者）への提供及び本人以外からの個人情報の取得 事業の利用目的の達成に必要な範囲において、下記の第三者に対して個人情報を提供し、また、本人以外の下記の第三者から個人情報を収集する。なお、借受人等相互間において個人情報を提供することはこれに該当しない。</p> <p>①介護福祉士等修学資金貸付選考会、②修学中又は修学した介護福祉士等養成施設、③市区町村社会福祉協議会、④都道府県社会福祉協議会、⑤全国社会福祉協議会、⑥高知県及び市区町等の行政機関（警察を含む）、⑦借受人が貸付金の返還免除を受けるまで又は貸付金の返還が完了するまでに従事した勤務先、⑧各種金融機関、⑨その他の関係機関（司法機関、法律家など）、⑩連帯保証人及び連帯保証人の家族又はその他の債務代行者</p>
<p>その他特記事項</p>	<p>特になし</p>
<p>担当課・所</p>	<p>福祉資金課</p>

同意欄

私は、本書により、高知県社会福祉協議会における個人情報の取扱いについて理解しました。  
私は、介護福祉士修学資金等貸付事業における相談及び利用に伴い、本書により、各種養成施設及び勤務先などの関係機関から、私の個人情報を収集することについて同意します。  
また、関係機関に私の個人情報を提供することについて同意します。

\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

高知県社会福祉協議会会長殿

本人署名 \_\_\_\_\_ (印)

〈本人が未成年の場合〉  
法定代理人署名 \_\_\_\_\_ (印)

連帯保証人1署名 \_\_\_\_\_ (印)

連帯保証人2署名 \_\_\_\_\_ (印)