

**介護福祉士修学資金等貸付
【離職介護人材再就職準備資金貸付事業】申請書**

社会福祉法人高知県社会福祉協議会 会長 様

私は、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【離職介護人材再就職準備資金貸付事業】要領の別紙1に定める区域での就労（就労予定）をしており、再就職準備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 平成 (歳)
	住所	(〒 -)		
	保有資格	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 基礎研修 <input type="checkbox"/> ヘルパー1級 <input type="checkbox"/> 初任者研修 <input type="checkbox"/> ヘルパー2級		
借用希望金額	円			
資金の使途	「再就職準備金利用計画書」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 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	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 日		

【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	

※ 法定代理人が未成年後見人の場合は、未成年後見人であることを証明する書類を添付すること。

**介護福祉士修学資金等貸付
【離職介護人材再就職準備資金貸付事業】申請書**

社会福祉法人高知県社会福祉協議会 会長 様

私は、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【離職介護人材再就職準備資金貸付事業】要領の別紙1に定める区域での就労（就労予定）をしており、再就職準備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 年 月 日 平成 (歳)
	住所	(〒 -)		
	保有資格	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 基礎研修 <input type="checkbox"/> ヘルパー1級 <input type="checkbox"/> 初任者研修 <input type="checkbox"/> ヘルパー2級		
借用希望金額	円			
資金の用途	「再就職準備金利用計画書」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 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	住所	(〒 -)	(〒 -)
	フリガナ		性別
	氏名	Ⓜ	男・女
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	昭和・平成 年 月 日

【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)	()	

※ 法定代理人が未成年後見人の場合は、未成年後見人であることを証明する書類を添付すること。

【離職介護人材再就職準備資金貸付事業】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
			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

【離職介護人材再就職準備資金貸付事業】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	〒 -		

上記の者が離職介護人材再就職準備資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 ()



【離職介護人材再就職準備資金貸付事業】再就職準備金利用計画書

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、再就職準備金利用計画書を提出します。

フリガナ 氏名	性別	生年月日	年 月 日
	男・女		
借入希望金額	円		
介護職としての 実務経験	年 月		
借入の目的	<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学び直しのための講習会参加経費、国家試験の受験手数料又は参考図書等の購入費 <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当該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（ ）		
再就職予定年月日	令和 年 月 日		
直近の退職年月日 (介護職に限る)	令和 年 月 日		
	本貸付については、高知県福祉人材センターへの離職したことについての届出が必要となりますが、届出の状況について（ ）に○を付けて下さい。 () 届出済 () 届出していない →高知県福祉人材センターにご連絡ください。		

○照会先

高知県社会福祉協議会 高知県福祉人材センター

TEL 088-844-3511 FAX 088-821-6765

【離職介護人材再就職準備資金貸付事業】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、下記の離職介護人材再就職準備資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、離職介護人材再就職準備資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 ()



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"> ・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 ・健康状態、病歴、障害の状況などの心身の状況 ・家族状況、親族関係、住居などの家庭生活の状況 ・職業、職歴、学業、学歴、資格、賞罰などの社会生活情報 ・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
<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"> ・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 ・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 ・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
<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にて保管するとともに、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)