

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
		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	(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)

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	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

【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 男・女	生年月日	年 月 日
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 ()



【離職介護人材再就職準備資金貸付事業】借用証書

貸付決定番号

金 額	円
-----	---

上記のとおり再就職準備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【離職介護人材再就職準備資金貸付事業】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

実印

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

実印

令和 年 月 日

法定代理人 住所
(自署) 氏名

実印

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

実印

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

実印

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。)



【離職介護人材再就職準備資金貸付事業】借用証書

貸付決定番号

金 額	円
-----	---

上記のとおり再就職準備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【離職介護人材再就職準備資金貸付事業】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。)

新規 ・ 変更

※いずれかに○を付けてください。

【離職介護人材再就職準備資金貸付事業】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

借受人
(自署)

貸付決定番号

住所

氏名

印

再就職準備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							

【離職介護人材再就職準備資金貸付事業】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

【離職介護人材再就職準備資金貸付事業】 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

㊞

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【離職介護人材再就職準備資金貸付事業】要領第9条、第9条の2の規定に基づき、再就職準備金の返還の免除を受けたいので、次のと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	年		
	令和 年 月まで・現在	月		
	令和 年 月から	年		
	令和 年 月まで・現在	月		
備考	令和 年 月から	年		
	令和 年 月まで・現在	月		

【離職介護人材再就職準備資金貸付事業】 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【離職介護人材再就職準備資金貸付事業】要領第11条の規定に基づき、再就職準備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	〒 -	
	電話番号	電話 ()	
	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	
備考	年 月から 年 月まで・現在	年 月	

【離職介護人材再就職準備資金貸付事業】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【離職介護人材再就職準備資金貸付事業】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

【離職介護人材再就職準備資金貸付事業】

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【離職介護人材再就職準備資金貸付事業】要領第 1 2 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。

【離職介護人材再就職準備資金貸付事業】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

高知県社会福祉協議会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】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、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、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 ()

【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 ()



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

【離職介護人材再就職準備資金貸付事業】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【離職介護人材再就職準備資金】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	-----				
職業		申請者との関係						
勤務先	(名称) (住所) 〒 -	(電話番号)	()					

(注) 新連帯保証人の保証書(第15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。



【離職介護人材再就職準備資金貸付事業】

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【離職介護人材再就職準備資金貸付事業】要領による再就職準備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。

【離職介護人材再就職準備資金貸付事業】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【離職介護人材再就職準備資金貸付事業】要領第10条第1項の規定により再就職準備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	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 type="checkbox"/> 貸付要領別紙1に定める区域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	

【離職介護人材再就職準備資金貸付事業】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

印

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		

【離職介護人材再就職準備資金貸付事業】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



下記の事項について届け出ます。

記

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