

第 1 号様式 (第 1 面)

# ひとり親家庭高等職業訓練促進資金貸付申請書

年      月      日

高知県社会福祉協議会 会長 様

フリガナ			年 齢	歳
申請者氏名				
養成機関 及び 修業内容 について	養成機関名			
	養成機関の所在地			
	コース・学科			
	入学年月			
	卒業予定年月			
	修業に係る資格 ※該当する資格にチェック	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> その他（            ）		
貸付申請額 ※希望する準備金に チェック	<input type="checkbox"/> 入学準備金		円（50 万円以内）	
	<input type="checkbox"/> 就職準備金		円（20 万円以内）	
借入理由				
資金の使途	<input type="checkbox"/> 入学準備金 <input type="checkbox"/> 就職準備金			
	内 訳			
専門実践教育訓練給付金の有無 （ハローワーク）	<input type="checkbox"/> 受給している <input type="checkbox"/> 受給していない <input type="checkbox"/> 申請中			
備 考				

第 1 号様式（第 2 面）

私は、社会福祉法人高知県社会福祉協議会 ひとり親家庭高等職業訓練促進資金貸付要領に定める業務への従事を希望しており、ひとり親家庭高等職業訓練促進資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、貸付け決定後は、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 住所

氏名 ⑩

上記の貸付申請に対し、同意します。

令和 年 月 日

法定代理人 住所

（親権者、  
未成年後見人等） 氏名 ⑩

連帯保証人予定者 住所

氏名

社会福祉法人高知県社会福祉協議会 会長 様

※ 申請者、法定代理人の欄については、各々が署名・押印すること。

【押印について】 ・認印で可（ゴム印は不可） ・別の者が同じ印を使うことは不可

※ 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。

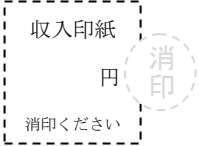
※ 第 1 面と第 2 面は単一の用紙を基本とするが、別葉の場合は署名・押印した者全員の割り印があれば可とする。

第2号様式

【ひとり親家庭高等職業訓練促進資金】 身 上 調 書

貸付申請者	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					
家族の状況(本人含む)	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)				
法定代理人※	フリガナ 氏 名					性別	男 女	生年 月 日	昭和 令和	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												
連帯保証人	フリガナ 氏 名					性別	男 女	生年 月 日	昭和 令和	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												

※法定代理人は、貸付申請者が未成年の場合に記入すること。



【ひとり親家庭高等職業訓練促進資金】借用証書

貸付決定番号

金 額	円
利 子	(但し、延滞利子については貸付要領第18条の規定に基づき徴収)

上記のとおりひとり親家庭高等職業訓練促進資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ひとり親家庭高等職業訓練促進資金貸付要領の規定に従い、返還します。

令和    年    月    日

修 学 生      住所

氏名

実印

上記の貸付けに対し、同意します。

令和    年    月    日

法定代理人      住所

(親権者、

未成年後見人等)      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      住所

氏名

実印

社会福祉法人高知県社会福祉協議会    会長    様

注    この申請書に押印した修学生又は法定代理人（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。

※いずれかに○を付けてください。

【ひとり親家庭高等職業訓練促進資金】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

修学生 貸付決定番号

住所

氏名 ⑩

法定代理人 住所

(親権者、  
未成年後見人等) 氏名

⑩

訓練促進資金の振込口座を次のとおり届け出ます。

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							

## 【ひとり親家庭高等職業訓練促進資金】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

修学生 貸付決定番号

住所

氏名



法定代理人

(親権者、

未成年後見人等)

住所

氏名

印

下記のとおり請求します。

記

金額 円

【ひとり親家庭高等職業訓練促進資金】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ひとり親家庭高等職業訓練促進資金貸付要領第10条、第11条の規定に基づき、訓練促進資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。

修学生時の 養成機関	養成機関名			
	終了年月日	年	月	日
借用資金 ※該当の資金に チェック	<input type="checkbox"/> 入学準備金 円			
	<input type="checkbox"/> 就職準備金 円			
借用時期	年 月	借用金額	円	
		返還済額	円	
返還猶予を 受けた期間	年 月から 年 月まで ( 年 か月)	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 (5年・その他) 2 死亡 3 心身の故障 4 その他 ( )	理由発生 年月日	年 月 日	
現在の就業先 又は在学先	所在地 電話番号	〒 ー 電話 ( )		
	名 称			
修学後 の状況	期 間		就業先又は進学先	所在地 (都道府県名)
	年 月から 年 月まで・現在	年 か月		
	年 月から 年 月まで・現在	年 か月		
	年 月から 年 月まで・現在	年 か月		
備考				

## 【ひとり親家庭高等職業訓練促進資金】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ひとり親家庭高等職業訓練促進資金貸付要領第14条の規定に基づき、訓練促進資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。

修学生時の 養成機関		養成機関名				
		終了年月日	年	月	日	
借用資金 ※該当の資金に チェック		<input type="checkbox"/> 入学準備金 円				
		<input type="checkbox"/> 就職準備金 円				
借用時期		年 月	借用金額	円		
			返還済額	円		
返還猶予を 求める期間		令和 年 月から 令和 年 月まで ( 年 か月)	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 又は在学先		所在地 電話番号	〒 - 電話 ( )			
		名 称				
修学後 の状況	期 間			就業先又は進学先	所在地 (都道府県名)	
	年 月から 年 月まで・現在	年 か月				
	年 月から 年 月まで・現在	年 か月				
	年 月から 年 月まで・現在	年 か月				
備考						

第8号様式

【ひとり親家庭高等職業訓練促進資金】休学・停学・復学・退学・辞退等届

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

下記の事項について届け出ます。

記

届 出 事 項 (注1)	1 ひとり親家庭高等職業訓練促進資金貸付要領第2条に 該当しなくなったとき 2 養成機関の退学 3 養成機関の停学 4 転学・進路変更 5 資金の借受けを辞退（理由を備考欄に記載） 6 その他（ ）
修 学 生 氏 名	
養 成 機 関 名	
届出事項の発生年月日 (注2)	令和 年 月 日
備 考	

(注1) 2・3の届出事項の場合は、以下に養成機関長の証明を受けてください。

(注2) 転学・進路変更、停学の場合は、当該事由が開始した日を記入してください。

退学の場合は在籍した最終日を記入してください。

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

養成機関住所

養成機関名

養成機関長名

印

【ひとり親家庭高等職業訓練促進資金】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 ㊞

借受人との関係

社会福祉法人高知県社会福祉協議会ひとり親家庭高等職業訓練促進資金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)を添付してください。

第 10 号様式

【ひとり親家庭高等職業訓練促進資金】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

㊞

社会福祉法人高知県社会福祉協議会    ひとり親家庭高等職業訓練促進資金貸付要領  
第 16 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。

【ひとり親家庭高等職業訓練促進資金】取得資格業務従事届

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 ㊞

社会福祉法人高知県社会福祉協議会ひとり親家庭高等職業訓練促進資金貸付要領に定める指定の取得資格業務に従事しているので、次のとおり届け出ます。

業務従事先	所在地及び 電話番号	〒 -  電話 ( )
	施設・事業所名	
	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	年 月 日 から	

（注）施設・事業所名については、事業種別が確認できる名称を記載してください。

上記のとおり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 ㊞

【ひとり親家庭高等職業訓練促進資金】取得資格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			
住 所	〒 -		
氏 名		生年月日	年 月 日

上記の者は、次のとおり従事していたことを証明します。

業務従事先	所在地及び 電話番号	〒 -  電話 ( )	
	施設・事業所名		
	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	年 月 日 から 年 月 日 まで ( 年 箇月)		

(注) 施設・事業所名については、事業種別が確認できる名称を記載してください。

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

㊞

令和 年 月 日

社会福祉法人高知県社会福祉協議会 会長 様

修学生 貸付決定番号

住所

氏名 ⑩

法定代理人 住所  
(親権者、  
未成年後見人等) 氏名 ⑩

## 【ひとり親家庭高等職業訓練促進資金】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ひとり親家庭高等職業訓練促進資金貸付要領  
第 7 条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					

(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所得証明書を添付してください。

【ひとり親家庭高等職業訓練促進資金】 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ひとり親家庭高等職業訓練促進資金貸付要領による訓練促進資金  
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。

## 【ひとり親家庭高等職業訓練促進資金】取得資格登録届

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

印

下記の事項について届け出ます。

記

登録を受けた資格 ※該当する資格にチェック	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> その他（                      ）	<input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 理学療法士	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 作業療法士
登　録　年　月　日	年　　　月　　　日		
登　録　番　号			
備　考			

(注) 登録証の写しを添付してください。

【ひとり親家庭高等職業訓練促進資金】 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ひとり親家庭高等職業訓練促進資金貸付要領  
第 13 条第 1 項の規定により訓練促進資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		修学生 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"/> 養成機関を修了し、かつ、資格取得した日から 1 年以内に就職し、取得 した資格が必要な業務に従事しなかった (第 2 号) <input type="checkbox"/> 取得した資格が必要な業務に従事する意思がなくなった (第 3 号) <input type="checkbox"/> 業務外の事由により死亡した (第 4 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 4 号)		
返還方法	月 賦 ・ 半 年 賦		
備 考			

卒 業 後 状 況 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

フリガナ  
氏名

印

生年月日 年 月 日

社会福祉法人高知県社会福祉協議会ひとり親家庭高等職業訓練促進資金貸付要領  
第 16 条第 8 項の規定により、養成機関修了後の状況について、下記のとおり届け  
出ます。

記

修了年月日	年 月 日
資格取得状況	1 資格（資格： ）を取得している 2 資格（資格： ）を取得していない
現在の状況 （当てはまる 番号に○）	1 取得した資格が必要な業務以外に従事している （理由： ） ①勤 務 先 名： ②勤務先所在地： ③勤務先電話番号： 2 その他[ ] （理由： ）
今後の予定 （当てはまる 番号に○）	1 次年度の国家試験（資格： ）を受験する 2 訓練促進資金貸付要領に定める取得した資格が必要な業務に 従事する（したい） （ 年 月から） 3 訓練促進資金貸付要領に定める取得した資格が必要な業務に 従事しない （理由： ） 4 その他[ ]
備 考	

# 個人情報の取り扱いについて（同意書）

「個人情報の取扱い説明書」及び「個人情報取扱事務概要説明書」をお読みいただき、次の各項目について、理解・同意していただける場合にはチェックを入れ、署名・捺印をして下さい。

☐ 私は、「個人情報の取扱い説明書」及び「個人情報取扱事務概要説明書」により、貴会における個人情報の取り扱いについて理解しました。

☐ 私は、資金貸付の利用に伴い、申込書などの提出書類に記載した個人情報について、「個人情報の取扱い説明書」及び「個人情報取扱事務概要説明書」並びに高知県社会福祉協議会の規則に基づいて取り扱われることに同意します。

令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

申請者 氏名\_\_\_\_\_ 印\_\_\_\_\_

親権者 又は未成年後見人 氏名\_\_\_\_\_ 印\_\_\_\_\_

連帯保証人 氏名\_\_\_\_\_ 印\_\_\_\_\_