

介護福祉士修学資金等貸付
【介護福祉士実務者研修受講資金貸付事業】申請書

社会福祉法人高知県社会福祉協議会 会長 様

私は、実務者研修施設を卒業後、介護福祉士修学資金等貸付【介護福祉士実務者研修受講資金貸付事業】要領の別紙1に定める区域での就職を希望しており、介護福祉士修学資金等貸付【介護福祉士実務者研修受講資金貸付事業】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(自署)	フリガナ		性別	生年月日			
	氏名	Ⓜ	男・女	昭和	年	月	日
	住所	(〒 -)					
	保有資格	☐ 基礎研修 ☐ ヘルパー1級 ☐ 初任者研修 ☐ ヘルパー2級 ☐ 無資格					
研修施設	名称						
	所在地						
	受講期間	(入学年月) 令和 年 月 日 ~ (卒業予定年月) 令和 年 月 日 ※自宅学習開始月					
借用希望金額		円					
資金の用途		〔受講料等、借用希望額の内訳について必要な費目のみご記入ください。〕 ・実務者研修授業料 円 ・実習費及び教材費等納付金 円 ・国家試験受験手数料 円 ・国家試験対策講座 円 ・参考図書 円 ・学用品、交通費 円 (上限 10,000 円程度) (電車代など実費 上限 30,000 円程度)					
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	Ⓜ	男・女	Ⓜ	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
【介護福祉士実務者研修受講資金貸付事業】申請書

社会福祉法人高知県社会福祉協議会 会長 様

私は、実務者研修施設を卒業後、介護福祉士修学資金等貸付【介護福祉士実務者研修受講資金貸付事業】要領の別紙1に定める区域での就職を希望しており、介護福祉士修学資金等貸付【介護福祉士実務者研修受講資金貸付事業】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	(〒 -)					
	保有資格	☐ 基礎研修 ☐ ヘルパー1級 ☐ 初任者研修 ☐ ヘルパー2級 ☐ 無資格					
研修施設	名称						
	所在地						
	受講期間	(入学年月) 令和 年 月 ~ (卒業予定年月) 令和 年 月 ※自宅学習開始月					
借用希望金額		円					
資金の用途		〔受講料等、借用希望額の内訳について必要な費目のみご記入ください。〕 ・実務者研修授業料 円 ・実習費及び教材費等納付金 円 ・国家試験受験手数料 円 ・国家試験対策講座 円 ・参考図書 円 ・学用品、交通費 円 (上限 10,000 円程度) (電車代など実費 上限 30,000 円程度)					
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)				年	月	日
法定代理人(自署)	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		

【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) (担当人名) (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。

誓 約 書

社会福祉法人高知県社会福祉協議会 会長 様

私は、介護福祉士実務者研修受講資金貸付を申込むにあたり、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【介護福祉士実務者研修受講資金貸付事業】要領第 2 条第 1 項第 2 号エに基づいて申請するにあたり、卒業後は別紙 1 の区域において介護福祉士として業務に従事するとともに、届出その他の義務についても誠実に履行することを誓約します。

また、上記の誓約に反する事由が生じた場合、速やかに届出るとともに、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【介護福祉士実務者研修受講資金貸付事業】要領の規定に伴い、返還いたします。

令和 年 月 日

修 学 生 住所

氏名 印

令和 年 月 日

法定代理人 住所

(自署)

氏名 印

令和 年 月 日

法定代理人 住所

(自署)

氏名 印

令和 年 月 日

連帯保証人 1 住所

(自署)

氏名 印

令和 年 月 日

連帯保証人 2 住所

(自署)

氏名 印

令和 年 月 日

連帯保証人

(法人)

所在地

代表者名 印

第2号様式

【介護福祉士実務者研修受講資金】身 上 調 書

貸付申請者	フリガナ				電話番号	固定	
	氏 名					携帯	
	勤務先	(名称) (電話番号) () (住所) 〒 -					
	実務経験	施設・事業所名			期 間		
					年 月 ~ 年 月		
					年 月 ~ 年 月		
					年 月 ~ 年 月		
			(合 計) 年 月				
介護福祉士国家試験受験予定年				年			
法定代理人	フリガナ				同居 別居	同・別	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) (電話番号) () (住所) 〒 -					
法定代理人	フリガナ				同居 別居	同・別	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) (電話番号) () (住所) 〒 -					
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) (電話番号) () (住所) 〒 -					

※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

推薦状

令和 年 月 日

社会福祉法人高知県社会福祉協議会 会長 様

業務従事施設の所在地

業務従事施設の名称

業務従事施設の長の職及び氏名



下記の者は、介護福祉士修学資金等貸付【介護福祉士実務者研修受講資金】の貸付けが必要であり、介護福祉士修学資金等貸付【介護福祉士実務者研修受講資金】の貸付けを受ける者として適当であると認められるので推薦いたします。

氏名	
業務従事開始日	年 月 日 から
所見 (人物・成績等)	
推薦理由	

業務従事施設担当者

担当者氏名		連絡先	TEL () FAX ()
-------	--	-----	--------------------