

介護福祉士・社会福祉士修学資金貸付申請書

貸付申請者氏名				年 齢	歳	
養成施設等の名称				入 学 年 月	年 月	
養成施設等の所在地				卒 業 予 定 年 月	年 月	
借用希望期間・金額	期 間	年 月から 年 月まで（ 月）				
	金 額	①月額(学費相当分)	_____ 円 × _____ 月分 = 計 _____ 円			
		②月額(生活費加算)	_____ 円 × _____ 月分 = 計 _____ 円			
		③入学準備金	_____ 円 (初回加算額)			
		④就職準備金	_____ 円 (最終回加算額)			
		⑤介護福祉士国家試験受験対策費 (2年間を限度)				
		年額 _____ 円 × _____ 年分 = 計 _____ 円				
(総) 合 計		(①+②+③+④+⑤)		_____ 円		
申請理由	<p>※家庭の経済状況、卒業後に別紙1に定める区域及び職種の業務に従事しようとする意志について記載すること。</p>					
資金の用途						
他の公的制度等の利用状況	名 称	期 間	金 額	現在の状況		
	<input type="checkbox"/> 生活福祉資金(教育等)	年 月～ 年 月	円	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 返還中		
	<input type="checkbox"/> 母子・父子・寡婦資金	年 月～ 年 月	円	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 返還中		
	日本学生支援機構	<input type="checkbox"/> 貸与型(1種・2種)	年 月～ 年 月	円	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 返還中	
		<input type="checkbox"/> 給付型	年 月～ 年 月	円	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 返還中	
		<input type="checkbox"/> 授業料等減免	年 月～ 年 月	円	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 返還中	
<input type="checkbox"/> 日本政策金融公庫	年 月～ 年 月	円	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 返還中			
<input type="checkbox"/> ()	年 月～ 年 月	円	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 返還中			

第1-1号様式（第2面）

社会福祉法人高知県社会福祉協議会 会長 様

私は、養成施設を卒業後、社会福祉法人高知県社会福祉協議会 介護福祉士・社会福祉士修学資金貸付要領の別紙1に定める区域での就職を希望しており、介護福祉士・社会福祉士修学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 (自署)	住所	〒 ー						
	フリガナ 氏名				男・女	生年 月日	昭和・平成 年 月 日	

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 (自署)	住所	〒 ー						
	フリガナ 氏名				男・女	生年 月日	昭和・平成 年 月 日	
法定代理人 (自署)	住所	〒 ー						
	フリガナ 氏名				男・女	生年 月日	昭和・平成 年 月 日	

【連帯保証人予定者】

連帯保証人1	住所	〒 ー						
	フリガナ 氏名				男・女	生年 月日	昭和・平成 年 月 日	
連帯保証人2	住所	〒 ー						
	フリガナ 氏名				男・女	生年 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。
- ※ 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。

介護福祉士・社会福祉士修学資金貸付申請書

貸付申請者氏名				年 齢	歳	
養成施設等の名称				入 学 年 月	年 月	
養成施設等の所在地				卒 業 予 定 年 月	年 月	
借用希望期間・金額	期 間	年 月から 年 月まで（ 月）				
	金 額	①月額(学費相当分) _____ 円 × _____ 月分 = 計 _____ 円				
		②月額(生活費加算) _____ 円 × _____ 月分 = 計 _____ 円				
		③入学準備金 _____ 円 (初回加算額)				
		④就職準備金 _____ 円 (最終回加算額)				
		⑤介護福祉士国家試験受験対策費 (2年間を限度)				
		年額 _____ 円 × _____ 年分 = 計 _____ 円				
		(総) 合 計 _____ 円 (①+②+③+④+⑤)				
申請理由	<p>※家庭の経済状況、卒業後に別紙1に定める区域及び職種の業務に従事しようとする意志について記載すること。</p>					
資金の使途						
他の公的制度等の利用状況	名 称	期 間	金 額	現在の状況		
	<input type="checkbox"/> 生活福祉資金(教育等)	年 月～ 年 月	円	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 返還中		
	<input type="checkbox"/> 母子・父子・寡婦資金	年 月～ 年 月	円	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 返還中		
	日本学生支援機構	<input type="checkbox"/> 貸与型(1種・2種)	年 月～ 年 月	円	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 返還中	
		<input type="checkbox"/> 給付型	年 月～ 年 月	円	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 返還中	
		<input type="checkbox"/> 授業料等減免	年 月～ 年 月	円	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 返還中	
<input type="checkbox"/> 日本政策金融公庫	年 月～ 年 月	円	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 返還中			
<input type="checkbox"/> ()	年 月～ 年 月	円	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 返還中			

第1-2号様式（第2面）

社会福祉法人高知県社会福祉協議会 会長 様

私は、養成施設を卒業後、社会福祉法人高知県社会福祉協議会 介護福祉士・社会福祉士修学資金貸付要領の別紙1に定める区域での就職を希望しており、介護福祉士・社会福祉士修学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 (自署)	住所	〒 —					
	フリガナ 氏名			男・女	生年 月日	昭和・平成 年 月 日	

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 (自署)	住所	〒 —					
	フリガナ 氏名			男・女	生年 月日	昭和・平成 年 月 日	
							申請者との関係
法定代理人 (自署)	住所	〒 —					
	フリガナ 氏名			男・女	生年 月日	昭和・平成 年 月 日	
							申請者との関係

【連帯保証人予定者】 ※貸付申請者が未成年の場合、法定代理人

住所	〒 —						
フリガナ 氏名			男・女	生年 月日	昭和・平成 年 月 日		

【連帯保証人予定者（法人）】

フリガナ 法人名							
法人代表者				役職			
法人所在地	〒 —						
本申込 について 連絡先	(部署名等)			(担当者名)			
	(住所) 〒 —						
	(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。

※ 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。

誓約書

社会福祉法人高知県社会福祉協議会 会長 様

私は、介護福祉士修学資金等貸付を申し込むにあたり、社会福祉法人高知県社会福祉協議会 介護福祉士・社会福祉士修学資金貸付要領第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または社会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・社会福祉士修学資金貸付要領の規定に伴い、返還いたします。

令和 年 月 日

修学生 住所

氏名 ⑩

令和 年 月 日

法定代理人 住所

(自署)

氏名 ⑩

令和 年 月 日

法定代理人 住所

(自署)

氏名 ⑩

令和 年 月 日

連帯保証人1 住所

(自署)

氏名 ⑩

令和 年 月 日

連帯保証人2 住所

(自署)

氏名 ⑩

令和 年 月 日

連帯保証人

(法人)

所在地

代表者名 ⑩

第2号様式

身 上 調 書

貸付申請者	フリガナ 氏名				電話 番号	固定				
	メールアドレス(携帯またはPC)					@				
	履歴	学歴				職歴				
		年	月	中学校卒			年	月		
		年	月				年	月		
年		月				年	月			
法定代理人	フリガナ 氏名				同居 別居	同・別	健康状態			
	電話番号	(固定)	()	(携帯)	()					
	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1	フリガナ 氏名				男 女	生年 月日	昭和 平成	年	月	日
	住所	〒			-		電話 番号	固定		
	メールアドレス(携帯またはPC)					@				
	職業					申請者との関係				
	勤務先	(名称)			(電話番号)			()		
		(住所) 〒		-						
連帯保証人2	フリガナ 氏名				男 女	生年 月日	昭和 平成	年	月	日
	住所	〒			-		電話 番号	固定		
	メールアドレス(携帯またはPC)					@				
	職業					申請者との関係				
	勤務先	(名称)			(電話番号)			()		
		(住所) 〒		-						

※電話番号については、必ず日中に連絡がつく番号を記載してください

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

養成施設の所在地

養成施設の名称

養成施設の長の職及び氏名



下記の者は、成績優秀で、かつ家庭の経済状況等から介護福祉士・社会福祉士修学資金の貸付けが必要であり、介護福祉士・社会福祉士修学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。

種別	介護福祉士 [貸付要領第2条第1項第1号(ア)の対象者] 社会福祉士 [貸付要領第2条第1項第1号(イ)の対象者]		
課程名		学年	
フリガナ 氏名			
所見 (人物・成績等)			
推薦理由			

養成施設担当者

担当者氏名		連絡先	TEL ()
			FAX ()