

# 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し、介護福祉士国家試験に合格及び登録後、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に定める区域及び職種の業務への就職を希望しており、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。

|           |      |                                                                                                                                                                                                                         |  |     |                 |               |   |
|-----------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----|-----------------|---------------|---|
|           |      | 【申 請 日】                                                                                                                                                                                                                 |  | 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<br>平成        | 年 月 日<br>( 歳) |   |
|           | 住 所  | (〒 - )                                                                                                                                                                                                                  |  |     |                 |               |   |
|           | 保有資格 | <input type="checkbox"/> 旧 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 旧 ホームヘルパー1級<br><input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修（旧 ホームヘルパー2級） <input type="checkbox"/> 無資格                                                                |  |     |                 |               |   |
| 研修施設      | 名 称  |                                                                                                                                                                                                                         |  |     |                 |               |   |
|           | 所在地  |                                                                                                                                                                                                                         |  |     |                 |               |   |
|           | 受講期間 | (自) 令和 年 月 から                                                                                                                                                                                                           |  |     | (入学年月 ※自宅学習開始月) |               |   |
|           |      | (至) 令和 年 月                                                                                                                                                                                                              |  |     | (卒業予定年月)        |               |   |
| 借用希望金額    |      | 円 ( 貸 付 上 限 額 200,000 円 )                                                                                                                                                                                               |  |     |                 |               |   |
| 資 金 の 使 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。]<br>・実務者研修授業料      円      ・実習費及び教材費等納付金      円<br>・国家試験受験手数料      円      ・国家試験対策講座受講費      円<br>・参考図書購入費      円      ・学用品購入費及び交通費      円<br>(上限 10,000 円)      (電車代など実費 上限 30,000 円) |  |     |                 |               |   |
| 申 請 理 由   |      | ※実務者研修終了後、介護福祉士国家試験の取得を目指すこと、別紙1に定める区域及び職種の業務に従事する意思があること等について記載すること。                                                                                                                                                   |  |     |                 |               |   |

【連帯保証人予定者】（貸付申請者の自署も可）

|      |        |          |               |
|------|--------|----------|---------------|
| 住所   | (〒 - ) |          |               |
| フリガナ |        |          |               |
| 氏 名  | 性別     | 生年月日     |               |
|      | 男・女    | 昭和<br>平成 | 年 月 日<br>( 歳) |

**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し、介護福祉士国家試験に合格及び登録後、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に定める区域及び職種の業務へ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。

|           |      | 【申請日】 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<br>平成 ( 歳) |
|           | 住 所  | (〒 - )                                                                                                                                                                                                            |  |     |                     |
|           | 保有資格 | <input type="checkbox"/> 旧 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 旧 ホームヘルパー1級<br><input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 (旧 ホームヘルパー2級) <input type="checkbox"/> 無資格                                                         |  |     |                     |
| 研修施設      | 名 称  |                                                                                                                                                                                                                   |  |     |                     |
|           | 所在地  |                                                                                                                                                                                                                   |  |     |                     |
|           | 受講期間 | (自) 令和 年 月 から (入学年月 ※自宅学習開始月)<br>(至) 令和 年 月 (卒業予定年月)                                                                                                                                                              |  |     |                     |
| 借用希望金額    |      | 円 ( 貸 付 上 限 額 200,000 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。]<br>・実務者研修授業料      円    ・実習費及び教材費等納付金      円<br>・国家試験受験手数料      円    ・国家試験対策講座受講費      円<br>・参考図書購入費      円    ・学用品購入費及び交通費      円<br>(上限 10,000 円)      (電車代など実費 上限 30,000 円) |  |     |                     |
| 申請理由      |      | ※実務者研修終了後、介護福祉士国家試験の取得を目指すこと、別紙1に定める区域及び職種の業務に従事する意思があること等について記載すること                                                                                                                                              |  |     |                     |

【連帯保証人予定者】(法人)

|      |                                       |      |  |
|------|---------------------------------------|------|--|
| 法人名称 |                                       | 代表者名 |  |
| 所在地  | (〒 - )                                |      |  |
| 連絡先  | (部署名等)      (担当者名)<br>(電話番号)      ( ) |      |  |

## 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  
基づき、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、速やかに届出を行うとともに、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  
により返還いたします。

令和 年 月 日

修 学 生 住所

( 自 署 ) 氏名

印

令和 年 月 日

連帯保証人 住所

( 自 署 ) 氏名

印

令和 年 月 日

連帯保証人 所在地

( 法人 ) 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)<br>(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 か月              |                      |
| 介護福祉士国家試験 受験予定年月 |      |                       |    |           |    | 令和 年 月            |                      |
| 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<br>(疾病・障害・要介護等) |
|                  |      |                       |    |           |    |                   |                      |
|                  |      |                       |    |           |    |                   |                      |
|                  |      |                       |    |           |    |                   |                      |
|                  |      |                       |    |           |    |                   |                      |
|                  |      |                       |    |           |    |                   |                      |
| 連帯保証人            | フリガナ |                       |    |           |    | 健康状態 (疾病・障害・要介護等) |                      |
|                  | 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)<br>(住所) 〒 |    |           |    |                   |                      |

## 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

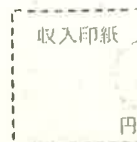
公印

下記の者は、介護福祉士国家試験の受験資格を得るにあた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】の貸付けが必要であり、資格取得後も引き続き介護業務に従事する意欲があるなど、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<br>(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 ( )<br>FAX ( ) |
|-------|--|-----|--------------------|



【介護福祉士実務者研修受講資金貸付事業】借用証書

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 用 金 額 | 円 |
|---------|---|

上記のとおり受講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 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】要領の規定により、連帯保証人と連帯して返還します。

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、連帯して債務を負担します。

令和 年 月 日

連帯保証人 住所

（ 自 署 ） 氏名

注 この借用証書に押印した貸付決定者及び連帯保証人の印鑑については、印鑑登録証明書を添付してください。





【介護福祉士実務者研修受講資金貸付事業】借用証書

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 用 金 額 | 円 |
|---------|---|

上記のとおり受講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 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】要領の規定により、連帯保証人と連帯して返還します。

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、連帯して債務を負担します。

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及び連帯保証人の印鑑については、印鑑登録証明書を添付してください。

## 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 貸付決定番号

( 自 署 ) 住所

氏名



介護福祉士実務者研修受講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  |                    |  |  |  |  |  |  |

※貸付決定者名義の振込口座を記入すること

※金融機関名、支店名、口座名義、口座種類、口座番号がわかる資料を添付すること



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

貸付決定者 貸付決定番号

( 自 署 ) 住所

氏名

印

介護福祉士実務者研修受講資金について、下記のとおり請求します。

記

金額 \_\_\_\_\_ 円

## 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【介護福祉士実務者研修受講資金貸付事業】要領に基づき、貸付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。

|                            |                                           |         |               |                |
|----------------------------|-------------------------------------------|---------|---------------|----------------|
| 実務者<br>研修施設                | 所在地                                       |         |               |                |
|                            | 研修施設名                                     |         |               |                |
|                            | 修了年月日                                     |         | 年 月 日         |                |
| 借用時期                       | 年 月                                       |         | 借用金額          | 円              |
|                            |                                           |         | 返還済額          | 円              |
| 返還猶予を<br>受けた期間             | 令和 年 月から<br>令和 年 月まで<br>( 年 か月)           |         | 返還免除済額        | 円              |
|                            |                                           |         | 返還免除申請額       | 円              |
| 申請理由                       | 1 2年間対象業務に従事<br>2 死亡 3 心身の故障<br>4 その他 ( ) |         | 申請理由<br>発生年月日 | 令和 年 月 日       |
|                            |                                           |         |               |                |
| 現在の<br>勤務先                 | 所在地                                       | 〒 -     |               |                |
|                            | 電話番号                                      | 電話 ( )  |               |                |
| 実務者<br>研 修<br>修了後<br>の 状 況 | 期 間                                       |         | 勤務先           | 所在地<br>(都道府県名) |
|                            | 令和 年 月から<br>令和 年 月まで・現在                   | 年<br>か月 |               |                |
|                            | 令和 年 月から<br>令和 年 月まで・現在                   | 年<br>か月 |               |                |
|                            | 令和 年 月から<br>令和 年 月まで・現在                   | 年<br>か月 |               |                |
| 備考                         |                                           |         |               |                |

## 第8号様式

## 介護福祉士実務者研修受講資金 返還猶予申請書

|                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                     |        |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------|
| 借受人氏名                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                     | 貸付決定番号 |       |
| 貸付額                                                                                                                                                                                                                       | 円                                                                                                                   | 既返還額   | 円     |
| 既免除額                                                                                                                                                                                                                      | 円                                                                                                                   | 返還未済額  | 円     |
| 猶予申請額                                                                                                                                                                                                                     | 円                                                                                                                   |        |       |
| 返還猶予<br>申請理由<br>及び期間                                                                                                                                                                                                      | 1 申請1回目（研修施設卒業時等）<br><input type="checkbox"/> 対象業務に従事 資格登録月から2年<br><input type="checkbox"/> その他 年 月 ～ 年 月<br>[理由:]  |        |       |
|                                                                                                                                                                                                                           | 2 申請2回目以降<br><input type="checkbox"/> 対象業務に従事 返還債務の免除要件を満たすまでの期間<br><input type="checkbox"/> その他 年 月 ～ 年 月<br>[理由:] |        |       |
| 資格種別                                                                                                                                                                                                                      | 介護福祉士                                                                                                               | 登録年月日  | 年 月 日 |
| 現在の<br>勤務先                                                                                                                                                                                                                | 所在地<br>名称                                                                                                           |        |       |
| 現在の進学先                                                                                                                                                                                                                    | 所在地                                                                                                                 |        |       |
| ※進学時のみ                                                                                                                                                                                                                    | 名称                                                                                                                  |        |       |
| 上記のとおり、介護福祉士実務者研修受講資金の返還債務の履行の猶予を受けたいので申請します。<br><div style="text-align: right;">年 月 日</div> 社会福祉法人 高知県社会福祉協議会長 様<br><div style="text-align: center;">申請者 住所<br/>氏名<br/>TEL</div> <div style="text-align: right;">印</div> |                                                                                                                     |        |       |

## 記載上の注意

- (1) 猶予理由がその他の場合は、具体的に記載すること。
- (2) 猶予理由が進学の場合は、社会福祉士養成施設への進学であること。
- (3) 猶予理由に変更が生じた場合においては、申請事由が発生した時点において、再度この申請書を提出すること。

第9号様式

退学・停学及び借受辞退届

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

印

下記の事項について届け出ます。

記

|                                   |                                                                                  |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 届 出 事 項<br>(注1)<br>※いずれかに○をしてください | 1 研修施設の退学                      2 研修施設の停学<br>3 資金の借受けを辞退 (理由を備考欄に記載)<br>4 その他 ( ) |
| 修 学 生 氏 名                         |                                                                                  |
| 研 修 施 設 名                         |                                                                                  |
| 届出事項の発生年月日<br>(注2)                | 年 月 日                                                                            |
| 備 考<br>(借 受 辞 退 理 由)              |                                                                                  |

(注1) 届出事項が1または2に該当する場合は、以下に実務者研修施設長の証明を受けてください。

(注2) 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

実務者研修施設住所

実務者研修施設名

施設長名

区分J

## 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（連帯保証人 ・ 親族）

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】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<br>(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

## 住所・氏名・電話番号・勤務先変更届

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 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 1 2 条の規定により、下記のとおり届け出ます。

## 記

1 変更対象者 借 受 人 ・ 連 帯 保 証 人

2 住所・氏名・電話番号に関すること

|      | (新) | (旧) |
|------|-----|-----|
| 住 所  | 〒   | 〒   |
| フリガナ |     |     |
| 氏 名  |     |     |
| 電話番号 |     |     |

(注) 変更があった事項のみご記入ください。

(注) 住所、氏名を変更する場合は、住民票を添付してください。ただし、新住所や変更後の氏名が裏書きされている場合のみ、運転免許証（両面）の写しで代用できます。

3 連帯保証人の勤務先に関すること

|             | (新) | (旧) |
|-------------|-----|-----|
| 勤務先<br>(名称) |     |     |
| 所在地         | 〒   | 〒   |
| 電話番号        |     |     |

(注) 借受人の勤務先が変更となったときは、第 1 2 号様式及び第 1 3 号様式を届け出ること

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

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】要領の別紙 1 に定める区域及び職種の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<br>電話番号 | 〒 - 電話 ( ) |
|         | 施設・事業所名       |            |
|         | 職 種           |            |
| 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



## 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 |     | 借受人氏名 |  |
| 住 所    | 〒 - |       |  |

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<br>電話番号                                                                               | 〒 -<br>電話 ( )       |  |
|                  | 施設・事業所名                                                                                     |                     |  |
|                  | 職 種                                                                                         |                     |  |
|                  | 勤務形態                                                                                        | 常勤（フルタイム勤務） 非常勤・パート |  |
| 今回証明する<br>業務従事期間 | (自) 年 月 日（介護福祉士登録年月日） から<br>(至) 年 月 日 まで ・ 現在就業中<br>(注) 証明日において引き続き就業中の場合、「現在就業中」に○をしてください。 |                     |  |
|                  | ※上記の期間のうち、長期休職期間が有る場合はこちらもご記入ください。<br>(産前・産後休業、育児休業、病気休暇など)                                 |                     |  |
|                  | (自) 年 月 日 から<br>(至) 年 月 日 まで                                                                |                     |  |
| 上記期間中の<br>業務従事日数 | ア 360日以上 ・ イ その他 ( 日)<br>(注) 実労働日数を計算してください。(年次有給休暇日は含まれません)                                |                     |  |

(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。

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

公印

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

( 自 署 ) 住所

氏名



## 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【介護福祉士実務者研修受講資金】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

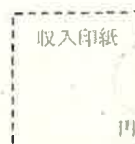
2 変更の理由

3 新連帯保証人

|             |                |             |           |          |     |   |   |
|-------------|----------------|-------------|-----------|----------|-----|---|---|
| フリガナ<br>氏 名 |                | 性別<br>男 ・ 女 | 生年<br>月 日 | 昭和<br>平成 | 年   | 月 | 日 |
| 住 所         | 〒              |             | 電話<br>番号  | 固定       | 携帯  |   |   |
| 職 業         |                |             | 貸付決定者との関係 |          |     |   |   |
| 勤務先         | (名称)<br>(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。

# 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

実印

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【介護福祉士実務者研修受講資金貸付事業】貸付要領により下記借受人が貸付けを受けた修学資金について、旧連帯保証人に替わり、私が連帯保証人となり、連帯して債務を負担します。

## 記

1 借受人 住所  
氏名

2 旧連帯保証人 住所  
氏名

3 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、印鑑登録証明書を添付してください。

## 返 還 届

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

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【介護福祉士実務者研修受講資金貸付事業】要領第10条第1項の規定により、受講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<br>番号              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 修学生氏名 |  |
| 返還事由<br>(該当事由<br>にチェック) | <input type="checkbox"/> 貸付契約の解除(第1号)<br><br><input type="checkbox"/> 実務者研修施設を卒業した日から1年以内に介護福祉士登録簿に登録せず、貸付要領別紙1に定める区域及び職種の業務に従事しなかった(第2号)<br><br><input type="checkbox"/> 貸付要領別紙1に定める区域及び職種の業務に従事する意思がなくなった(第3号)<br><br><input type="checkbox"/> 業務外の事由により死亡した(第4号)<br><br><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                     | ※一括返還を希望される場合、その旨と返還予定月をご記入ください                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |  |

## 現 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

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【介護福祉士実務者研修受講資金貸付事業】要領第 12 条第 8 項の規定により、実務者研修施設卒業後の状況について、下記のとおり届け出ます。

## 記

| 卒業年月日                    | 年 月 日                                                                                                                                                                       | 現在の実務経験月数 | 年 ヶ月 |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------|
| 資格取得状況                   | 1 介護福祉士国家試験に【合格している・合格していない】※どちらかに○<br>2 介護福祉士国家試験の受験資格となる実務経験を満たしていない<br>3 介護福祉士国家試験の受験資格は満たしている又は今年度 3 月末までに満たす予定                                                         |           |      |
| 現在の状況<br>(当てはまる<br>番号に○) | 1 介護福祉士国家試験の実務経験となる職種に従事している<br>・勤務先名：<br>・勤務先所在地：<br>2 介護福祉士等修学資金貸付要領別紙 1 に定める区域及び職種の業務以外に従事している<br>(理由：<br>・勤務先名：<br>・勤務先所在地：<br>3 現在も養成校に在学中で卒業が延期している<br>(理由：<br>4 その他[ |           |      |
| 今後の予定<br>(当てはまる<br>番号に○) | 1 (令和 年 1 月) に実施される介護福祉士国家試験を受験する<br>2 資金貸付要領別紙 1 に定める区域及び職種の業務に従事する (したい)<br>( 年 月から)<br>3 資金貸付要領別紙 1 に定める区域及び職種の業務に従事しない<br>(理由：<br>4 その他[                                |           |      |
| 備 考                      |                                                                                                                                                                             |           |      |

## 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

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 本事業において取得、利用する個人情報(項目)                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・健康状態、病歴、障害の状況などの心身の状況</li> <li>・家族状況、親族関係、住居などの家庭生活の状況</li> <li>・職業、職歴、学業、学歴、資格、賞罰などの社会生活情報</li> <li>・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</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 個人情報の取得に際して提出を受ける書面等                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・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</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 個人情報の利用目的                               | 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 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>(1)保管及びデータ管理の方法</p> <p>書面については、施錠できる事務所内のキャビネットで保管するとともに、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</p> <p>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する。</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</p> <p>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> |
| その他特記事項                                 | 特になし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 担当課・所                                   | 福祉資金課                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

## 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

署名(※必ず自署)

印



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

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 本事業において取得、利用する個人情報（項目）                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・健康状態、病歴、障害の状況などの心身の状況</li> <li>・家族状況、親族関係、住居などの家庭生活の状況</li> <li>・職業、職歴、学業、学歴、資格、賞罰などの社会生活情報</li> <li>・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</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 個人情報の取得に際して提出を受ける書面等                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・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</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 個人情報の利用目的                               | <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>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 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>(1)保管及びデータ管理の方法<br/>書面については、施錠できる事務所内のキャビネットで保管するとともに、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<br/>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する。</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<br/>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> |
| その他特記事項                                 | 特になし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 担当課・所                                   | 福祉資金課                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

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

署名（※必ず自署）

㊞