

# 介護福祉士修学資金等貸付制度

## 様式集

第 1 号様式	介護福祉士修学資金等貸付申請書
第 2 号様式	推薦書
第 3 号様式	誓約書
第 4 号様式	修学資金等振込口座申込（変更）申請書
第 5 号様式	修学資金等借用証書
第 6 号様式	修学資金等返還計画申請書
第 7 号様式	修学資金等返還方法変更承認申請書
第 8 号様式	修学資金等返還免除申請書
第 9 号様式	修学資金等返還猶予申請書
第 10 号様式	業務従事届
第 11 号様式	業務従事期間証明書
第 12 号様式	届出事項変更届
第 13 号様式	修学資金等貸付停止・再開・辞退届
第 14 号様式	借受人死亡届
第 15 号様式	連帯保証人変更届
第 16 号様式	再就職準備金利用計画書
(同意書)	介護福祉士修学資金等貸付における個人情報の取扱いについて 受講(決定)証明書

必要な書類はコピーを取って使用してください。

# 介護福祉士修学資金等貸付申請書

## 【介護福祉士・社会福祉士】

平成 年 月 日

社会福祉法人岩手県社会福祉協議会 会長 様

(ふりがな) 申請者氏名		男 ・ 女	生年月日	
	⑩		昭和 年 月 日 平成 ( 才)	
住所及び 電話番号	①住民票上の住所地 〒 -	②現住所 (左記①と居住地が異なる場合) 〒 -		
	電話番号 自宅 ( ) / 携帯 ( )			
養成施設名		学 年	第 学年 ( 年 月入学)	
		修学期間	年 箇月	

介護福祉士修学資金等の貸付けを次のとおり申請します。

種 別	介護福祉士 ・ 社会福祉士			
借用希望 期間・金額	期 間	年 月から 年 月まで ( 箇月)		
	① 月 額	月 額	円 × 箇月 =	円
	② 入学準備金	円 (200,000円以内)		
	③ 就職準備金	円 (200,000円以内)		
	④ 国家試験 受験対策費用	円 (一年度当たり40,000円以内)		
	⑤ 生活費加算	円 (月額 円 × 箇月)		
	総額 (①+②+③+④+⑤)		円 (注: ④は介護福祉士のみ対象)	
他の貸付等 の借受状況	【利用有無】 有・無	名 称 : 借受期間 : 現在の状況 : 借受中 ・ 返済中 ・ 猶予(据置)中 ・ 免責		
申請理由	※資格取得の目的や県内で介護業務に従事する意思、経済状況等について記載すること。			

家族の状況 ※申請者と同一生計の家族	関係	氏名	年齢	同居・別居	年収（前年）	勤務先、学校等
	本人			同居・別居	円	
				同居・別居	円	
				同居・別居	円	
				同居・別居	円	
				同居・別居	円	
				同居・別居	円	

**【連帯保証人記入欄】 ※「個人」又は「法人」どちらかの欄に記入してください**

上記の者が貸付けを受ける介護福祉士修学資金等の返還の債務について、申請者と連帯して履行することを保証いたします。

個人	(ふりがな) 氏名		男・女	生年月日 昭和・平成 年 月 日 ( 歳)	申請者との関係
	住所及び 電話番号	〒	—	自宅 ( ) / 携帯 ( )	
	勤務先	名称	住所 〒	—	電話 ( ) / 年収(前年) 円

法人	(ふりがな) 法人名		⑩	
	法人所在地及び 電話番号	〒	—	電話番号 ( )
	法人代表者 役 職・氏 名			
	申請者との関係	<input type="checkbox"/> 在学する養成施設等を運営する法人 <input type="checkbox"/> 従事する（内定含む）施設等を運営する法人 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	本申込についての 問合せ先	部署名等	担当者氏名	

	住所 〒	—
	電話番号	( )

# 介護福祉士修学資金等貸付申請書

## 【実務者研修】

年 月 日

社会福祉法人岩手県社会福祉協議会 会長 様

(ふりがな) 申請者氏名		男 ・ 女	生年月日		
	①		昭和 平成	年 月 日 ( 才)	
住所及び 電話番号	①住民票上の住所地 〒 -		②現住所 (左記①と居住地が異なる場合) 〒 -		
	電話番号 自宅 ( )		/ 携帯 ( )		
研修施設名		研修 期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで ( 箇月)		

介護福祉士実務者研修受講資金の貸付けを次のとおり申請します。

種 別	実務者研修				
希望金額	円 (200,000円以内)				
実務者研修 受講に係る 費用	総額： _____ 円 <b>【内訳】</b> 受講料： _____ 円、テキスト代： _____ 円 入学金： _____ 円、入学検定料： _____ 円 その他： _____ 円 (→内容： _____ )				
就労状況	<input type="checkbox"/> 就労している <b>【勤務先名称】</b> <b>【勤務先住所】</b> 電話 - - <b>【雇用形態】</b> 正規職員 ・ 非正規職員 (どちらかに○印) <b>【受講費用の負担】</b> 全額自己負担・一部自己負担 ( _____ 円) ・ 全額勤務先負担 <input type="checkbox"/> 就労していない				
実務経験	<input type="checkbox"/> 実務経験あり (介護業務： 年 箇月、介護以外の業務： 年 箇月) すでに保有している資格 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 実務経験なし				
他の貸付等 の借受状況	<b>【利用有無】</b> 有・無	名 称： 借 受 期 間： 現在の状況： 借受中 ・ 返済中 ・ 猶予(据置)中 ・ 免責			

家族の状況 ※申請者と同一生計の家族	関係	氏名	年齢	同居・別居	年収（前年）	勤務先、学校等
	本人			同居・別居	円	
				同居・別居	円	
				同居・別居	円	
				同居・別居	円	
				同居・別居	円	
申請理由	※資格取得の目的や経済状況等について記入すること。					

**【連帯保証人記入欄】 ※「個人」又は「法人」どちらかの欄に記入してください**

上記の者が貸付けを受ける介護福祉士修学資金等の返還の債務について、申請者と連帯して履行することを保証いたします。

個人	(ふりがな) 氏名		男・女	生年月日 昭和・平成 年 月 日 ( 歳)	申請者との関係
	住所及び 電話番号	〒 — 自宅 ( ) / 携帯 ( )			
	勤務先	名称 住所 〒 — 電話 ( ) / 年収（前年） 円			

法人	(ふりがな) 法人名		⑩
	法人所在地及び 電話番号	〒 — 電話番号 ( )	
	法人代表者 役職・氏名		
	申請者との関係	<input type="checkbox"/> 在学する養成施設等を運営する法人 <input type="checkbox"/> 従事する（内定含む）施設等を運営する法人 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	本申込についての 問合せ先	部署名等 担当者氏名 住所 〒 — 電話番号 ( )	

# 介護福祉士修学資金等貸付申請書

## 【再就職準備】

年 月 日

社会福祉法人岩手県社会福祉協議会 会長 様

(ふりがな) 申請者氏名		男 ・ 女	生年月日	
	①		昭和 平成	年 月 日 ( 才)
住所及び 電話番号	①住民票上の住所地 〒 -	②現住所 (左記①と居住地が異なる場合) 〒 -		
	電話番号 自宅 ( ) / 携帯 ( )			
就職先				

介護福祉士修学資金等の貸付けを次のとおり申請します。

種 別	再就職準備
希望金額	円 (「再就職準備金利用計画書」記載の金額 (400,000 円以内))
再就職準備 に係る費用 の内訳	別紙「再就職準備金利用計画書」のとおり
就労状況	別紙「業務従事届」のとおり
要件等	<p>※以下、全てを満たす必要があります。</p> <p><input type="checkbox"/> 介護職員等としての実務経験を1年以上有する (介護業務： 年 箇月、介護以外の業務： 年 箇月)</p> <p><input type="checkbox"/> ①介護福祉士、②実務者研修施設において介護福祉士として必要な知識及び技能を修得、③介護職員初任者研修を修了 (修了したとみなされる場合含む) のいずれかに該当</p> <p><input type="checkbox"/> 岩手県内の事業所又は施設に、介護職員等として就労が決定</p> <p><input type="checkbox"/> 直近の介護職員等としての離職日から介護職員等として再就労する日までの間に、岩手県福祉人材センターに登録を行い、「再就職準備金利用計画書」を提出</p>
他の貸付等 の借受状況	<p>【利用有無】 有・無</p> <p>名 称： 借 受 期 間： 現在の状況： 借受中 ・ 返済中 ・ 猶予(据置)中 ・ 免責</p>

家族の状況 ※申請者と同一生計の家族	関係	氏名	年齢	同居・別居	年収（前年）	勤務先、学校等
	本人			同居・別居	円	
				同居・別居	円	
				同居・別居	円	
				同居・別居	円	
申請理由	※資格取得の目的や経済状況等について記入すること。					

**【連帯保証人記入欄】 ※「個人」又は「法人」どちらかの欄に記入してください**

上記の者が貸付けを受ける介護福祉士修学資金等の返還の債務について、申請者と連帯して履行することを保証いたします。

個人	(ふりがな) 氏名		男・女	生年月日 昭和・平成 年 月 日 ( 歳)	申請者との関係
	住所及び 電話番号	〒 — 自宅 ( ) / 携帯 ( )			
	勤務先	名称 住所 〒 — 電話 ( ) / 年収（前年） 円			

法人	(ふりがな) 法人名	
	法人所在地及び 電話番号	〒 — 電話番号 ( )
	法人代表者 役職・氏名	
	申請者との関係	<input type="checkbox"/> 在学する養成施設等を運営する法人 <input type="checkbox"/> 従事する（内定含む）施設等を運営する法人 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	本申込についての 問合せ先	部署名等 担当者氏名 住所 〒 — 電話番号 ( )

## 推 薦 書

年 月 日

社会福祉法人岩手県社会福祉協議会 会長 様

養成施設等の所在地 〒

電話 ( )

養成施設等の名称

養成施設等の長の職及び氏名

印

下記の者は、介護福祉士修学資金等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します。

種 別	介護福祉士 ・ 社会福祉士
氏 名	
学年及び入学年月	第 学年 ( 年 月入学)
健康状態	良 ・ 否 (具体的に )
推薦理由 (人物、成績、 経済状況等)	

- 備考1 推薦理由欄には、人物・成績等の所見に加え、卒業後、介護福祉士等として県内で介護・福祉の業務に従事する意思を有していることを確認し、その旨を記載してください。さらに、経済的に貸付を必要とする理由も記載してください。
- 2 推薦理由は別紙を添付しても結構です。



## 推 薦 書

年 月 日

社会福祉法人岩手県社会福祉協議会 会長 様

養成施設等の所在地 〒

電話 ( )

養成施設等の名称

養成施設等の長の職及び氏名

印

下記の者は、介護福祉士修学資金等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します。

種 別	実務者研修
氏 名	
研修開始年月日	平成 年 月 日
健康状態	良 ・ 否 (具体的に )
推薦理由	(具体的に)

備考1 推薦理由欄には、人物・成績等の所見に加え、卒業後、介護福祉士等として県内で介護・福祉の業務に従事する意思を有していることを確認し、その旨を記載してください。さらに、経済的に貸付を必要とする理由も記載してください。

2 推薦理由は別紙を添付しても結構です。

## 誓約書

年 月 日

社会福祉法人岩手県社会福祉協議会 会長 様

私は、介護福祉士修学資金等の貸付けを受けた上は、「介護福祉士修学資金等の貸付について」（平成28年3月2日厚生労働省発社援0302第10号厚生労働事務次官通知）別紙「介護福祉士修学資金等貸付制度実施要綱」及び「介護福祉士修学資金等貸付制度の運営について」（平成28年3月2日社援発0302第2号厚生労働省社会・援護局長通知）並びに「社会福祉法人岩手県社会福祉協議会介護福祉士等修学資金貸付要領」に基づき介護福祉士修学資金等貸付制度を十分理解し、学業又は業務の従事に専念することを誓約いたします。

借受人 住所 〒

氏名（自署）

㊞

私は、上記借受人の連帯保証人として、借受人へ誓約どおり履行させるとともに、介護福祉士修学資金等の返還の債務その他の義務についても、借受人と連帯して責任を負うことを誓約いたします。

連帯保証人 住所 〒

氏名（自署）

㊞

# 誓約書

年 月 日

社会福祉法人岩手県社会福祉協議会 会長 様

私は、介護福祉士修学資金等の貸付けを受けた上は、「介護福祉士修学資金等の貸付について」（平成28年3月2日厚生労働省発社援0302第10号厚生労働事務次官通知）別紙「介護福祉士修学資金等貸付制度実施要綱」及び「介護福祉士修学資金等貸付制度の運営について」（平成28年3月2日社援発0302第2号厚生労働省社会・援護局長通知）並びに「社会福祉法人岩手県社会福祉協議会介護福祉士等修学資金貸付要領」に基づき介護福祉士修学資金等貸付制度を十分理解し、学業又は業務の従事に専念することを誓約いたします。

借受人 住所 〒

氏名（自署）

印

当法人は、上記借受人の連帯保証人として、借受人へ誓約どおり履行させるとともに、介護福祉士修学資金等の返還の債務その他の義務についても、借受人と連帯して責任を負うことを誓約いたします。

連帯保証人（法人）

所在地 〒

法人名

法人代表者名

印

## 修学資金等振込口座申込（変更）申出書

年 月 日

社会福祉法人岩手県社会福祉協議会 会長 様

借受人 住所 〒

氏名

印

私は、次のとおり修学資金等振込口座を申し出ます。

申出の事由	1:新規 2:口座の変更 3:その他 ( )							
振込先	金融機関の 名称							
	本・支店名	本店 ( )支店・支所						
	口座の種類	普通預金 (総合口座)						
	口座番号 (左詰め)							
フリガナ 口座名義								

- 備考 1 借受人本人名義の金融機関口座を記入してください。
- 2 預金通帳の表紙及びカタカナで口座名義人の氏名が記載されているページのコピーを添付してください。

収入印紙

## 介護福祉士修学資金等借用証書

年 月 日

社会福祉法人岩手県社会福祉協議会 会長 様

(ふりがな) 氏名		生年 月日	昭和 平成	年	月	日 (才)
住所及び 電話番号	〒 ( ) / 携帯 ( )					
養成施設名						

私は、次のとおり介護福祉士修学資金等の貸付けを受けました。この資金は、「介護福祉士修学資金等の貸付について」(平成28年3月2日厚生労働省発社援0302第10号厚生労働事務次官通知)別紙「介護福祉士修学資金等貸付制度実施要綱」及び「介護福祉士修学資金等貸付制度の運営について」(平成28年3月2日社援発0302第2号厚生労働省社会・援護局長通知)並びに「社会福祉法人岩手県社会福祉協議会介護福祉士等修学資金貸付要領」の規定に従い返還いたします。

種別	介護福祉士・社会福祉士 実務者研修・再就職準備		貸付番号
借用金額	金 円也		
	期間	年 月から 年 月まで ( 箇月分) 貸付けの休止期間 無・有 ( 年 月から 年 月まで 箇月)	
	月額	月額 円 × 箇月 = 円	
	入学準備金	円	
	就職準備金	円	
	国家試験受験対策費用	円	
	生活費加算	円(月額 円 × 箇月)	
	実務者研修	円	
	再就職準備	円	

私は、上記のとおり履行させるとともに、借受人が履行しない場合はその返還債務を負担いたします。

連帯保証人住所

氏名 (印)

借受人との関係(続柄)

## 介護福祉士修学資金等返還計画書

年 月 日

社会福祉法人岩手県社会福祉協議会 会長 様

借受人 住所 〒

氏名 ㊟

電話番号 ( )

連帯保証人 住所 〒

氏名 ㊟

電話番号 ( )

貸付けを受けた介護福祉士修学資金等を次のとおり返還します。

種 別	介護福祉士・社会福祉士 実務者研修・再就職準備	貸付番号	
借 用 金額・期間	金 額	円	
	期 間	年 月から 年 月まで( 箇月)	
返 還	理 由	1 辞退・進学・進路変更 2 介護・福祉以外の業務に従事することになった 3 県外で介護・福祉業務に従事することになった 4 介護・福祉の業務に従事しなくなった 5 その他 ( )	
	理由発生年月日	年 月 日	
	開始年月日	年 月 日	
	終了年月日	年 月 日	
	返還方法	1 月賦 ( 回払い) 2 半年賦 ( 回払い) 3 一括払い	
	返還金額	<b>【月賦・半年賦の場合】</b> 初 回 : 円 2回目以降 : 円 <b>【一部免除額】</b> 無・有 ( 円)	

## 介護福祉士修学資金等返還計画書

年 月 日

社会福祉法人岩手県社会福祉協議会 会長 様

借受人 住所 〒

氏名 ⑩

電話番号 ( )

連帯保証人（法人）

所在地 〒

法人名

法人代表者名 ⑩

貸付けを受けた介護福祉士修学資金等を次のとおり返還します。

種 別	介護福祉士 ・ 社会福祉士 実務者研修 ・ 再就職準備		貸付番号
借 用 金額・期間	金 額	円	
	期 間	年 月から 年 月まで（ 箇月）	
返 還	理 由	1 辞退・進学・進路変更 2 介護・福祉以外の業務に従事することになった 3 県外で介護・福祉業務に従事することになった 4 介護・福祉の業務に従事しなくなった 5 その他（ ）	
	理由発生年月日	年 月 日	
	開始年月日	年 月 日	
	終了年月日	年 月 日	
	返還方法	1 月賦（ 回払い） 2 半年賦（ 回払い） 3 一括払い	
	返還金額	【月賦・半年賦の場合】 初 回： 円 2回目以降： 円 【一部免除額】 無 ・ 有（ 円）	

## 介護福祉士修学資金等返還方法変更承認申請書

年 月 日

社会福祉法人岩手県社会福祉協議会 会長 様

借受人 住所 〒

氏名 ㊟

(貸付番号 )

電話番号 ( )

連帯保証人 住所 〒

氏名 ㊟

電話番号 ( )

介護福祉士修学資金等の返還方法を変更したいので、次のとおり申請します。

返還すべき 金額 (残額)	円		
	内 訳	借用金額	円
		返還免除額	円
		返還済額	円
変更しよう とする理由			
変更内容		変更前	変更後
	返還方法		
	返還開始年月日	年 月 日	年 月 日
	返還終了年月日	年 月 日	年 月 日
	返還金額	初 回 : 円	初 回 : 円
	2回目以降 : 円	2回目以降 : 円	



## 介護福祉士修学資金等返還方法変更承認申請書

年 月 日

社会福祉法人岩手県社会福祉協議会 会長 様

借受人 住所 〒

氏名 ⑩

(貸付番号 )

電話番号 ( )

連帯保証人（法人）

所在地 〒

法人名

法人代表者名 ⑩

介護福祉士修学資金等の返還方法を変更したいので、次のとおり申請します。

返還すべき 金額 (残額)	内 訳	借用金額	円
		返還免除額	円
		返還済額	円
			円
変更しよう とする理由			
変更内容		変更前	変更後
	返還方法		
	返還開始年月日	年 月 日	年 月 日
	返還終了年月日	年 月 日	年 月 日
	返還金額	初 回： 円 2回目以降： 円	初 回： 円 2回目以降： 円

## 介護福祉士修学資金等返還免除申請書

年 月 日

社会福祉法人岩手県社会福祉協議会 会長 様

借受人 住所 〒

氏名 ( ) 印

(貸付番号 )

電話番号 ( )

「介護福祉士修学資金等の貸付について」(平成28年3月2日厚生労働省発社援0302第10号厚生労働事務次官通知)別紙「介護福祉士修学資金等貸付制度実施要綱」及び「介護福祉士修学資金等貸付制度の運営について」(平成28年3月2日社援発0302第2号厚生労働省社会・援護局長通知)並びに「社会福祉法人岩手県社会福祉協議会介護福祉士等修学資金貸付要領」の規定により、介護福祉士修学資金等の返還の免除を受けたいので、次のとおり申請します。

申請金額	円		
申請理由	1 介護福祉士等の業務に従事 ( 年) 2 業務に起因する死亡又は心身の故障 3 死亡又は心身の故障 4 その他 ( )		
理由発生年月日	年 月 日		
種 別	介護福祉士 ・ 社会福祉士 ・ 実務者研修 ・ 再就職準備		
養成施設名			
卒業等年月日	年 月 日 ( 卒業 ・ 中退 ・ 修了 )		
介護福祉士等登録年月日	年 月 日 (登録番号 )		
借用期間	年 月から	借用金額	円
	年 月まで	返還済額	円
	( 箇月)	返還免除済額	円
返還猶予を受けた期間	年 月から 年 月まで ( 箇月)		

- 備考 1 申請理由は、該当する理由の番号を○で囲んでください。  
2 申請理由1の場合には直近の勤務先における業務従事期間証明書(第11号様式)、申請理由2又は3の場合には医師の診断書等又は従事先の所属長の証明書等を添付してください。  
3 裏面も記入してください。

(裏面)

業務従事 状況	従事期間	年 月から 年 月 まで・現在 ( 年 箇月)
	従事先名称	
	従事期間	年 月から 年 月 まで・現在 ( 年 箇月)
	従事先名称	
	従事期間	年 月から 年 月 まで・現在 ( 年 箇月)
	従事先名称	
従事期間合計	年 箇月	

介護福祉士修学資金等返還猶予申請書

年 月 日

社会福祉法人岩手県社会福祉協議会 会長 様

借受人 住所 〒

氏名

印

(貸付番号

)

電話番号

( )

「介護福祉士修学資金等の貸付について」（平成 28 年 3 月 2 日厚生労働省発社援 0302 第 10 号厚生労働事務次官通知）別紙「介護福祉士修学資金等貸付制度実施要綱」及び「介護福祉士修学資金等貸付制度の運営について」（平成 28 年 3 月 2 日社援発 0302 第 2 号厚生労働省社会・援護局長通知）並びに「社会福祉法人岩手県社会福祉協議会介護福祉士等修学資金貸付要領」の規定により、介護福祉士修学資金等の返還の猶予を受けたいので、次のとおり申請します。

返還猶予 申請金額	円		
返還猶予 申請期間	年 月から 年 月まで ( 箇月)		
申請理由	1 介護福祉士等の業務に従事	2 在学中	
	3 被災	4 心身の故障	
	5 その他 ( )		
理由発生 年月日	年 月 日		
種 別	介護福祉士 ・ 社会福祉士 ・ 実務者研修 ・ 再就職準備		
養成施設名			
卒業等年月日	年 月 日 (卒業 ・ 中退 ・ 修了)		
介護福祉士等 登録年月日	年 月 日 (登録番号 )		
借用期間	年 月から	借用金額	円
	年 月まで	返還済額	円
	( 箇月)	返還免除済額	円
現在の就業先 又は在学先	名 称	〒 —	
	住所及び 電話番号	電話 ( )	

- 備考 1 申請理由は、該当する理由の番号を○で囲んでください。  
 2 養成施設又は研修受講修了後、最初の申請を行う場合、卒業証書の写し又は修了証、及び介護福祉士等の資格登録証、業務従事届（第 10 号様式）を添付してください。

# 業務従事届

年 月 日

社会福祉法人岩手県社会福祉協議会 会長 様

借受人 住所 〒

氏名 (印)

電話番号 ( )

次のとおり業務に従事したので、届け出ます。

業 務 従 事 先	施設等名 又は 所属団体名	
	住所及び 電話番号	〒 ー  電話 ( )
	職 種	介護福祉士 ・ 社会福祉士
	業務内容	
業務従事 開始年月日	年 月 日から	

上記のとおり従事していることを証明いたします。

年 月 日

施設（所属団体）名

代表者の職及び氏名 (印)

## 業務従事期間証明書

年 月 日

社会福祉法人岩手県社会福祉協議会 会長 様

(ふりがな) 氏 名		生年 月日	昭和・平成  年 月 日
職 種	介護福祉士 ・ 社会福祉士		
業務内容			
業務従事 期 間	年 月 日から		
	年 月 日まで ( 年 箇月)		
	業務の中断 (休業) 期間	上記期間のうち、ある場合のみ記入してください。 年 月 日から 年 月 日まで ( 年 箇月)	
	中断 (休業) の理由		

上記のとおり従事していることを証明いたします。

年 月 日

所 在 地

施設 (所属団体) 名

代表者の職及び氏名



## 届出事項変更届

年 月 日

社会福祉法人岩手県社会福祉協議会 会長 様

借受人 住所 〒

氏名 ⑨  
 (貸付番号) )  
 電話番号 ( )

介護福祉士修学資金等の貸付けに関する届出事項について変更があったので、次のとおり届け出ます。

変更事項		借受人の 氏名・住所・従事先(職種)・貸付休止・貸付再開 連帯保証人の 氏名・住所・勤務先	
		変更後	変更前
借受人	氏 名		
	住所及び 電話番号	〒	〒
	名称 及び 職種		
	従 事 先  住所	〒	〒
	変更 理由		
連帯保証人	氏 名		
	住所及び 電話番号	〒	〒
	勤務先		
貸付休止又は 貸付再開の理由			
届出事項の 発生年月日		年	月 日

- 備考 1 該当する変更事項を○で囲み、該当する欄に記入してください。
- 2 届出事項によって、次の書類を添付してください。
- 借受人又は連帯保証人の氏名、住所の変更 住民票抄本(世帯員一部の写し)
  - 借受人の従事先の変更 業務従事届(第10号様式)及び業務従事期間証明書(第11号様式)
  - 貸付休止又は貸付再開 養成施設等の長の証明書類

## 介護福祉士修学資金等貸付停止・再開・辞退届

年 月 日

社会福祉法人岩手県社会福祉協議会 会長 様

借 受 人 住 所 〒

氏名 ㊟

(貸付番号 )

電話番号 ( )

連 帯 保 証 人 住 所 〒

氏名 ㊟

電話番号 ( )

介護福祉士修学資金等の貸付けを停止・再開・辞退したいので、次のとおり届け出ます。

種 別	介護福祉士 ・ 社会福祉士 ・ 実務者研修 ・ 再就職準備		
養成施設名			
届出事項	1 休学    2 停学    3 退学    4 復学    5 留年 6 その他 ( )		
理 由			
発生年月日	年 月 日		
貸付決定額	円 年 月から 年 月まで ( 箇月)	貸付済額	円 年 月から 年 月まで ( 箇月)
辞退等額	円	最終貸付額	円

備考 養成（研修）施設から発行された各証明書類を添付してください。



## 借受人死亡届

年 月 日

社会福祉法人岩手県社会福祉協議会 会長 様

届出者 住 所 〒

氏 名 ㊟

借受人との関係（続柄）

電話番号 ( )

介護福祉士修学資金等の借受人が死亡しましたので、次のとおり届け出ます。

(ふりがな) 借受人氏名		生年 月日	昭和 平成 年 月 日
養成施設名 又は 従事先名			
死亡年月日	年 月 日		
死亡の原因			

備考 死亡診断書等又は借受人の戸籍抄本若しくは戸籍謄本を添付してください。

# 連帯保証人変更届

年 月 日

社会福祉法人岩手県社会福祉協議会 会長 様

借 受 人 住 所 〒

氏 名 ⑩

次のとおり旧連帯保証人を新連帯保証人に変更しますので届け出ます。

なお、本届出により、旧連帯保証人は今後保証の責を免れ、債務関係から脱退するとともに、新連帯保証人は、原借用証書に基づく保証関係を承認の上、債務履行の責を負うことについて了承しています。

新連帯保証人 (ふりがな) 氏 名	⑩	生年 月日	昭和 平成	年 月 日 (満 才)
住所及び 電話番号	〒 ー 自 宅 ( ) / 携 帯 ( )			
勤務先名	勤務先 ( )			
申請者との 続 柄				
変更事由				
旧連帯保証人 (ふりがな) 氏 名				

## 再就職準備金利用計画書

平成 年 月 日

社会福祉法人岩手県社会福祉協議会 会長 様

以下のとおり、再就職準備金利用計画を提出します。

ふりがな 氏名		性別 男・女	生年月日	T・S・H 年 月 日
住所	〒 - 日中の連絡先（自宅・携帯） - - メールアドレス			
保有資格等 ※ 該当する ( ) に○をつけ てください。	( ) 介護福祉士 ( ) 実務者研修 ( ) 介護職員基礎研修 ( ) 介護職員初任者研修 ( ) 訪問介護員(ホームヘルパー)1級	( ) 訪問介護員(ホームヘルパー)2級 ( ) その他		
介護職として の実務経験	年 月			
借入希望金額	金 -			
借入の目的 ※ 該当する ( ) に○をつ けてください。	( ) 子どもの預け先を探す際の活動費 ( ) 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 ( ) 介護職員等として働く際に必要な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 ( ) 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 ( ) 通勤用の自転車又はバイクの購入費 ( ) その他 ( )			
再就職予定年月日	平成 年 月 日			
直近の退職年月日 (介護職に限る。)	平成 年 月 日 本貸付については、岩手県福祉人材センターへの登録が必要となりますが、登録状況について ( ) に○を付けてください。 ( ) 登録済 ( ) 登録していない → 岩手県福祉人材センターにご連絡のうえ、登録手続きを行ってください。			

< 連絡先 >  
貸付事業について社会福祉法人岩手県社会福祉協議会 福祉経営支援部  
TEL 019-637-9611 FAX 019-637-4255

(同意書)

## 介護福祉士修学資金等貸付における個人情報の取扱いについて

### 1 個人情報の利用目的

社会福祉法人岩手県社会福祉協議会介護福祉士修学資金等貸付事業（以下、「本事業」という）の円滑な実施のため、貸付・返還の状況について正確に把握することを目的として個人情報を取得、利用いたします。

### 2 個人情報の取得について

本会は、介護福祉士修学資金等の貸付に際して個人情報を取得する時は、必要な情報のみ、適法かつ適正な方法により取得するものとします。

### 3 個人情報の利用について

本事業において個人情報を利用する場合は、利用目的の範囲内として、本会の本事業担当者により利用することを原則とします。

ただし、事業の目的を達成するために必要な範囲において、県内の養成施設、福祉関係機関、その他行政機関等の外部に対して個人情報を提供し、また、個人情報を取得します。

### 4 個人情報の本事業目的以外への利用及び第三者への提供について

本事業を通じて収集した個人情報は、本人の同意なく、本事業の目的以外への利用及び上記3「個人情報の利用について」において示した外部への提供を除き、第三者へ提供することはいたしません。

ただし、次のような場合には、あらかじめ同意を得ないでお伝えした目的以外への利用、第三者への提供を行うことがあります。

- ・弁護士法に基づいた弁護士による照会に回答する場合
- ・火災・災害などの緊急時で、人の生命、身体、財産の保護のために必要がある場合
- ・税務署からの照会、警察・検察からの捜査協力依頼などで、本人に知らせることでその事務に支障を及ぼす恐れがある場合

### 5 個人情報の管理について

本事業利用に関わる個人情報については、書面及び本事業を運営・管理するためのコンピュータに入力し、個人データとして本事業担当者の管理の下、保管、利用します。個人データについては、常に正常かつ最新の状態に保ち、漏えい、棄損のないように努めます。

個人データを管理するコンピュータの保守を委託している業者とは、個人情報の保護について定めた条項を含む契約を結んでいます。

また、返還が完了した貸付に関わる個人情報については、返還が終了した年度の終了後 10 年が経過した時点で、確実に破棄または削除します。

### 6 個人情報の本人への開示について

本事業において管理する個人データについて、その開示の申し出がされた場合には、本人であることを確認した上で、申し出をした本人の個人情報について開示します。

ただし、開示によって本人又は第三者の権利利益を害するおそれがある場合や、本会事業の適正な実施に著しい支障を及ぼすおそれがある場合などには、開示しません。

社会福祉法人岩手県社会福祉協議会 会長 様

介護福祉士修学資金等貸付事業における個人情報の取扱いについて同意します。

平成 年 月 日

借 受 人 \_\_\_\_\_ 印

平成 年 月 日

連帯保証人 \_\_\_\_\_ 印 連帯保証人 \_\_\_\_\_ 印

※ 借受人、連帯保証人各々について、署名捺印し、日付を記入してください。

# 受講（決定）証明書

平成 年 月 日

社会福祉法人岩手県社会福祉協議会 会長 様

住所 〒

氏名 ⑩

電話

受講者名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
実務者養成施設名	
所在地	〒 Tel — —
受講期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで

上記のとおり、受講（決定）していることを証明します。

平成 年 月 日

社会福祉法人岩手県社会福祉協議会 会長 様

養成施設名

代表者名 ⑩

---

社会福祉法人 岩手県社会福祉協議会

〒020-0831

岩手県盛岡市三本柳 8 地割 1 番 3

ふれあいランド岩手内

電話 019-637-9611

F A X 019-637-4255

(2018.3)

---