

介護福祉士修学資金等貸付制度

様式集

第 1 号様式 (①～⑥)	介護福祉士修学資金等貸付申請書
第 2 号様式 (①～④)	推薦書
第 3 号様式 (①～⑥)	介護福祉士修学資金等貸付借用証書
第 4 号様式	修学資金等振込口座申込 (変更) 申出書
第 5 号様式 (①②)	介護福祉士修学資金等返還計画書
第 6 号様式 (①②)	介護福祉士修学資金等返還方法変更承認申請書
第 7 号様式	介護福祉士修学資金等返還免除申請書
第 8 号様式	介護福祉士修学資金等返還猶予申請書
第 9 号様式	業務従事届
第 10 号様式	業務従事期間証明書
第 11 号様式	届出事項変更届
第 12 号様式	介護福祉士修学資金等貸付停止・再開・辞退届
第 13 号様式	借受人死亡届
第 14 号様式	連帯保証人変更承認申請書
第 15 号様式 (①②)	再就職準備金利用計画書
第 16 号様式	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係る同意書
第 17 号様式	受講 (決定) 証明書

必要な書類はコピーし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】

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		
	〒 -		昭和・平成 年 月 日 (歳)		
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 ()		
メールアドレス	PC @ / 携帯 @				
養成施設名	学 年	年 月 入学 (現在第 学年)			
	修学期間	年 か月			

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 (か月)				
	①修学資金	月 額	円 ×	か月 =	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 ×		年度 =	円	
			(一年度当たり40,000円以内)			
	⑤生活費加算	円 (月額 円 × か月)				
※ 給付型奨学金を利用する方は、生活費加算は申請できません。						
総額 (①+②+③+④+⑤)		円 (注:④は介護福祉士のみ対象)				
高等教育修学 支援新制度* 併用確認	※いずれかに○ <input type="checkbox"/> 現時点で給付型奨学金採用候補者、又は令和 年 月末までに新制度申込予定 ⇒申請可能ですが、貸付金の交付は授業料等減免額の確定後になります。 <input type="checkbox"/> 日本学生支援機構の貸与型奨学金 (第一種・第二種) のみ利用 (利用予定) <input type="checkbox"/> 併用なし					
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				

※高等教育修学支援新制度(「給付型奨学金」及び「授業料等の減免」)の申込み状況についてご記入ください。

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				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	
申請理由	※資格取得の目的や岩手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。					

【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)
	住所及び 電話番号	〒 — 自宅 () / 携帯 ()			
	申請者との 関係	職業 年収	職業（農林水産業・商工業・公務員・会社員・自営業・その他） 勤務先名（ ） 前年の年収 ※ _____円		

※ 前年の年収は、市町村民税課税証明書の給与所得金額を記載。

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 ()			
	本申込みについての 問合せ先	部署名等 住所 〒 — 電話番号 ()	担当者氏名		

申請理由	※資格取得の目的や岩手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。
------	--

【連帯保証人記入欄】

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)
	住所及び 電話番号	〒 _____ 自宅 () / 携帯 ()		
	申請者との 関係	職業 年収	職業 (農林水産業・商工業・公務員・会社員・自営業・その他) 勤務先名 () 前年の年収 ※ _____円	

※ 前年の年収は、市町村民税課税証明書の給与所得金額を記載。

介護福祉士修学資金等貸付申請書 【実務者研修受講資金】



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		
	〒 -		昭和・平成 年 月 日 (歳)		
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 ()				
メールアドレス	PC @ / 携帯 @				
研修施設名		受講 期間	年 月 日から 年 月 日まで (か月)		

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	実務者研修受講資金				
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			
	【内訳】 受講料：	円、	国家試験受験料：	円	
	交通費：	円 (内訳：)		
	その他：	円 (内容と金額：)		
就労状況	<input type="checkbox"/> 就労している 【勤務先名称】 _____ 【勤務先住所】 _____ (電話 - -) 【雇用形態】 正規職員 ・ 非正規職員 (どちらかに○印) 【受講費用の負担】 (いずれかに○印) 全額自己負担 ・ 一部自己負担 (円) ・ 全額勤務先立替 <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 か月、介護以外の業務： 年 か月) 既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	【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			

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				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)
	住所及び 電話番号	〒 ー 自宅 () / 携帯 ()			
	申請者との 関係		職業 年収	職業（農林水産業・商工業・公務員・会社員・自営業・その他） 勤務先名 () 前年の年収※ _____円	

※ 前年の年収は、市町村民税課税証明書の給与所得金額を記載。

法人	(ふりがな) 法人名				
	法人所在地及び 電話番号	〒 ー 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 ()			
	本申込みについての 問合せ先	部署名等 _____ 担当者氏名 住所 〒 ー 電話番号 ()			



介護福祉士修学資金等貸付申請書 【再就職準備金】

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	〒 - (印)	男・女	生年月日	
			昭和・平成 年 月 日 (歳)	
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 ()			
メールアドレス	PC @ / 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	再就職準備金
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	※以下、全てを満たす必要があります。 <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 か月、介護以外の業務： 年 か月) <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 <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 <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
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

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				円	
				同居・別居	円	
				同居・別居	円	
				同居・別居	円	
申請理由	※再就職の経緯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)
	住所及び 電話番号	〒 ー 自宅 () / 携帯 ()			
	申請者との 関係	職業 年収	職業（農林水産業・商工業・公務員・会社員・自営業・その他） 勤務先名（ ） 前年の年収※ _____円		

※ 前年の年収は、市町村民税課税証明書の給与所得金額を記載。

法人	(ふりがな) 法人名				
	法人所在地及び 電話番号	〒 ー 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 ()			
	本申込みについての 問合せ先	部署名等	担当者氏名		
	住所 〒 ー				
	電話番号 ()				



介護福祉士修学資金等貸付申請書 【介護分野就職支援金・障害福祉分野就職支援金】

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		
			昭和・平成 年 月 日 (歳)		
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 ()		
メールアドレス	PC @ / 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	介護分野就職支援金 ・ 障害福祉分野就職支援金					
希望金額	円（「就職支援金利用計画書」記載の金額（200,000円以内））					
費用の内訳	別紙「就職支援金利用計画書」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> <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修以上の研修を修了（修了したとみなされる場合含む） <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					
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			/	円	
				同居・別居	円	
				同居・別居	円	
				同居・別居	円	

申請理由	※就職の経緯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)
	住所及び 電話番号	〒 ー 自宅 () / 携帯 ()		
	申請者との 関係	職業 年収	職業 (農林水産業・商工業・公務員・会社員・自営業・その他) 勤務先名 () 前年の年収※ _____円	

※ 前年の年収は、市町村民税課税証明書の給与所得金額を記載。

法人	(ふりがな) 法人名	
	法人所在地及び 電話番号	〒 ー 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 ()
	本申込みについての 問合せ先	部署名等 _____ 担当者氏名 _____ 住所 〒 ー _____ 電話番号 () _____



介護福祉士修学資金等貸付申請書 【福祉系高校修学資金返還充当資金】

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		
			昭和・平成 年 月 日 (歳)		
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 ()		
メールアドレス	PC @		/ 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	福祉系高校修学資金返還充当資金					
希望金額	円（「福祉系高校修学資金」の借入れ額）					
就労状況	別紙「業務従事届」のとおり					
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			/	円	
				同居・別居	円	
				同居・別居	円	
				同居・別居	円	
申請理由	※申請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)
	住所及び 電話番号	〒 _____ 自宅 () / 携帯 ()			
	申請者との 関係	職業 年収	職業 (農林水産業・商工業・公務員・会社員・自営業・その他) 勤務先名 () 前年の年収※ _____円		

※ 前年の年収は、市町村民税課税証明書の給与所得金額を記載。

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 ()			
	本申込みについての 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

㊟

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	介護福祉士修学資金 ・ 社会福祉士修学資金
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岩手県内で介護・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

高等学校等の所在地 〒

電話 ()

高等学校等の名称

高等学校等の長の職及び氏名

㊟

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	介護福祉士修学資金
氏 名	
養成施設への 入学予定年月	年 月入学予定
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岩手県内で介護・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

高等学校等の所在地 〒

電話 ()

高等学校等の名称

高等学校等の長の職及び氏名

㊞

下記の者は、福祉系高校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	福祉系高校修学資金
氏 名	
高校入学年月	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岩手県内で介護・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

業務従事先事業所等の所在地 〒

電話 ()

業務従事先事業所等の名称

業務従事先事業所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	実務者研修受講資金
氏 名	
受講開始年月日	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、介護福祉士等として岩手県内で介護・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。
- 2 推薦理由は別紙を添付しても結構です。

介護福祉士修学資金等貸付借用証書



年 月 日

社会福祉法人岩手県社会福祉協議会 会長 様

貸付番号		借受人氏名	
種 別		養成施設名	
借用金額	円		
修学資金	(月 額) (生活費加算)	円	× か月
借用期間	年 月から	年 月までの	か月分
入学準備金	円	国家試験	円
就職準備金	円	受験対策費用	回

私は、上記のとおり修学資金の貸付けの決定を受けました。この資金は、介護福祉士修学資金等貸付要領に従い返還します。

借 受 人：住 所

氏 名



法定代理人：住 所

氏 名



法定代理人：住 所

氏 名



上記について、借受人と連帯して債務を負担します。

連帯保証人：住 所

氏 名



私は、借受人に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、その債務を連帯して負担します。

(注) 1 借受人、法定代理人及び連帯保証人が自署の上、実印を押印すること。

2 借受人及び連帯保証人は、印鑑登録証明書を添付すること。

(借受人が未成年の場合は認印で可であり、印鑑登録証明書の添付は不要)



介護福祉士修学資金等貸付借用証書

年 月 日

社会福祉法人岩手県社会福祉協議会 会長 様

貸付番号		借受人氏名	
借用金額	円		
借用期間	年 月から 年 月までの か月分		
修学準備金	円	介護実習費	円 回
就職準備金	円	国家試験 受験対策費用	円 回

私は、上記のとおり福祉系高校修学資金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貸付要領に従い返還します。

借受人：住所

氏名



法定代理人：住所

氏名



法定代理人：住所

氏名



上記について、借受人と連帯して債務を負担します。

連帯保証人：住所

氏名



私は、借受人に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、その債務を連帯して負担します。

- (注) 1 借受人、法定代理人及び連帯保証人が自署の上、実印を押印すること。
 2 借受人及び連帯保証人は、印鑑登録証明書を添付すること。
 (借受人が未成年の場合は認印で可であり、印鑑登録証明書の添付は不要)
 3 福祉系高校を卒業後、福祉系高校修学資金返還充当資金を借り入れる場合は、本借用証書を福祉系高校修学資金返還充当資金の借用証書としてみなすこととする。



介護福祉士修学資金等貸付借用証書

年 月 日

社会福祉法人岩手県社会福祉協議会 会長 様

貸付番号		借受人氏名	
借用金額	円		

私は、上記のとおり介護福祉士実務者研修受講資金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貸付要領に従い返還します。

借受人：住所

氏名



法定代理人：住所

氏名



法定代理人：住所

氏名



上記について、借受人と連帯して債務を負担します。

連帯保証人：住所

氏名



私は、借受人に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、その債務を連帯して負担します。

(注) 1 借受人、法定代理人及び連帯保証人が自署の上、実印を押印すること。

2 借受人及び連帯保証人は、印鑑登録証明書を添付すること。

(借受人が未成年の場合は認印で可であり、印鑑登録証明書の添付は不要)



介護福祉士修学資金等貸付借用証書

年 月 日

社会福祉法人岩手県社会福祉協議会 会長 様

貸付番号		借受人氏名	
借用金額	円		

私は、上記のとおり離職した介護人材の再就職準備金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貸付要領に従い返還します。

借受人：住所

氏名



法定代理人：住所

氏名



法定代理人：住所

氏名



上記について、借受人と連帯して債務を負担します。

連帯保証人：住所

氏名



私は、借受人に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、その債務を連帯して負担します。

(注) 1 借受人、法定代理人及び連帯保証人が自署の上、実印を押印すること。

2 借受人及び連帯保証人は、印鑑登録証明書を添付すること。

(借受人が未成年の場合は認印で可であり、印鑑登録証明書の添付は不要)

収入印紙
消印

介護福祉士修学資金等貸付借用証書

年 月 日

社会福祉法人岩手県社会福祉協議会 会長 様

貸付番号		借受人氏名	
借用金額	円		

私は、上記のとおり介護分野就職支援金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貸付要領に従い返還します。

借受人：住所

氏名



法定代理人：住所

氏名



法定代理人：住所

氏名



上記について、借受人と連帯して債務を負担します。

連帯保証人：住所

氏名



私は、借受人に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、その債務を連帯して負担します。

(注) 1 借受人、法定代理人及び連帯保証人が自署の上、実印を押印すること。

2 借受人及び連帯保証人は、印鑑登録証明書を添付すること。

(借受人が未成年の場合は認印で可であり、印鑑登録証明書の添付は不要)

収入印紙
消印

介護福祉士修学資金等貸付借用証書

年 月 日

社会福祉法人岩手県社会福祉協議会 会長 様

貸付番号		借受人氏名	
借用金額	円		

私は、上記のとおり障害福祉分野就職支援金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貸付要領に従い返還します。

借受人：住所

氏名



法定代理人：住所

氏名



法定代理人：住所

氏名



上記について、借受人と連帯して債務を負担します。

連帯保証人：住所

氏名



私は、借受人に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、その債務を連帯して負担します。

(注) 1 借受人、法定代理人及び連帯保証人が自署の上、実印を押印すること。

2 借受人及び連帯保証人は、印鑑登録証明書を添付すること。

(借受人が未成年の場合は認印で可であり、印鑑登録証明書の添付は不要)

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（見開き）を A4 用紙にコピーし添付してください。

介護福祉士修学資金等返還申出書（兼返還計画書）

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 (印)

電話番号 ()

連帯保証人（個人）

住所 〒

氏名 (印)

電話番号 ()

貸付けを受けた介護福祉士修学資金等について次のとおり返還を申し出ます。

種 別	介護福祉士・社会福祉士 福祉系高校修学資金・福祉系高校修学資金返還充当資金 実務者研修・再就職準備金 介護分野就職支援金・障害福祉分野就職支援金		貸付番号	
借 用 金額・期間	金 額	円		
	期 間	年 月から 年 月まで (か月)		
返 還	理 由	1 辞退・退学・進路変更 2 介護・福祉の業務に従事しなくなった 3 県外で介護・福祉業務に従事することになった 4 業務外の事由により死亡し、又は心身の故障により業務に従事できなくなった 5 その他 ()		
	理由発生年月日	年 月 日		
	返還期間	介護福祉士・社会福祉士	月以内(借用月数×2.5)	
		福祉系高校修学資金 福祉系高校修学資金返還充当資金	3 6 月以内	
		実務者研修・再就職準備 介護分野就職支援金・障害福祉分野就職支援金	2 4 月以内	
	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) 2 半年賦 (回払) 3 一括払		
返還金額	返還金額 円 【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申出書（兼返還計画書）

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 (印)

電話番号 ()

連帯保証人 (法人)

所在地 〒

法人名

法人代表者名 (印)

貸付けを受けた介護福祉士修学資金等について次のとおり返還を申し出ます。

種 別	介護福祉士・社会福祉士 福祉系高校修学資金・福祉系高校修学資金返還充当資金 実務者研修・再就職準備金 介護分野就職支援金・障害福祉分野就職支援金		貸付番号	
借 用 金額・期間	金 額	円		
	期 間	年 月から 年 月まで (か月)		
返 還	理 由	1 辞退・退学・進路変更 2 介護・福祉の業務に従事しなくなった 3 県外で介護・福祉業務に従事することになった 4 業務外の事由により死亡し、又は心身の故障により業務に従事できなくなった 5 その他 ()		
	理由発生年月日	年 月 日		
	返還期間	介護福祉士・社会福祉士	月以内 (借用月数×2.5)	
		福祉系高校修学資金 福祉系高校修学資金返還充当資金	36月以内	
		実務者研修・再就職準備 介護分野就職支援金・障害福祉分野就職支援金	24月以内	
	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) 2 半年賦 (回払) 3 一括払		
返還金額	返還金額 円 【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 (印)

(貸付番号)

電話番号 ()

連帯保証人 (個人)

住所 〒

氏名 (印)

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 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

印

(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

印

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
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30年2月1日厚生労働省発社援0201第2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30年2月1日社援発0201第3号厚生労働省社会・援護局長通知)及び「地域医療介護総合確保基金(介護従事者の確保に関する事業)における「福祉系高校修学資金貸付事業等の実施について」(令和3年5月7日厚生労働省社会・援護局福祉基盤課長通知別紙「福祉系高校修学資金貸付事業実施要綱」及び「介護分野就職支援金貸付事業実施要綱」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。

返還免除申請金額	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 その他 ()		
理由発生年月日	年 月 日		
種別 (いずれかに○)	介護福祉士・社会福祉士・福祉系高校修学資金 実務者研修・福祉系高校修学資金返還充当資金 再就職準備金・介護分野就職支援金・障害福祉分野就職支援金		
養成施設・高校名			
卒業等年月日	年 月 日 (卒業・中退・修了)		
借用期間	年 月から	借用金額	円
	年 月まで	返還済額	円
	(か月)	返還免除済額	円
介護福祉士等登録年月日	年 月 日 (登録番号)		
返還猶予を受けた期間	年 月から 年 月まで (か月)		

- 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10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	従事先事業所名称	
	従事期間	年 月 日から 年 月 日まで・現在 (年 か月)
		実従事日数 (日)
	従事先事業所名称	
	従事期間	年 月 日から 年 月 日まで・現在 (年 か月)
		実従事日数 (日)
	従事先事業所名称	
	従事期間	年 月 日から 年 月 日まで・現在 (年 か月)
		実従事日数 (日)
従事期間合計	年 か月 (実従事日数 日)	

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30年2月1日厚生労働省発社援0201第2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30年2月1日社援発0201第3号厚生労働省社会・援護局長通知)及び「地域医療介護総合確保基金(介護従事者の確保に関する事業)における「福祉系高校修学資金貸付事業等の実施について」(令和3年5月7日厚生労働省社会・援護局福祉基盤課長通知別紙「福祉系高校修学資金貸付事業実施要綱」及び「介護分野就職支援金貸付事業実施要綱」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(か月)		
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 (いずれかに○)	介護福祉士・社会福祉士・福祉系高校修学資金 実務者研修・福祉系高校修学資金返還充当資金 再就職準備金・介護分野就職支援金・障害福祉分野就職支援金		
養成施設・高校名			
卒業等年月日	年 月 日(卒業・中退・修了)		
借用期間	年 月から	借用金額	円
	年 月まで	返還済額	円
	(か月)	返還免除済額	円
介護福祉士等登録年月日	年 月 日(登録番号)		
現在の就業先又は 在学先	名称		
	住所及び 電話番号	〒 ー 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に最初の申請を行う場合、卒業証書又は修了証書の写し、及び介護福祉士(社会福祉士)の資格登録証の写し、業務従事届(第9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 ㊟

電話番号 ()

次のとおり業務に従事する（している）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 ()
	種 別 (いずれかに○)	介護福祉士 ・ 社会福祉士 ・ 福祉系高校修学資金 実務者研修 ・ 福祉系高校修学資金返還充当資金 再就職準備金 ・ 介護分野就職支援金 ・ 障害福祉分野就職支援金
	業務内容※	
業務従事 開始年月日	年 月 日から	

上記のとおり従事する（している）ことを証明します。

年 月 日

施設（所属団体）名

代表者の職及び氏名 ㊟

※看護補助等の職種にあつては、「主たる業務が介護である」旨を明記すること。

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

*資金種別、業務内容は該当するいずれかに○を記入

(ふりがな) 氏 名	生年月日		昭和・平成 年 月 日
	貸付番号		
種 別	介護福祉士 ・ 社会福祉士 ・ 福祉系高校修学資金 実務者研修 ・ 福祉系高校修学資金返還充当資金 再就職準備金 ・ 介護分野就職支援金 ・ 障害福祉分野就職支援金		
業務内容*	介護業務 ・ 相談業務 ・ その他 ()		
業務従事 期 間	従事先事業所名		在職期間
	従 事 事 業 所	①	年 月 日から 年 月 日まで (年 か月) 実従事日数 (日)
		②	年 月 日から 年 月 日まで (年 か月) 実従事日数 (日)
		③	年 月 日から 年 月 日まで (年 か月) 実従事日数 (日)
	業 務 の 中 断 (休 業)	中断 (休業) 期間	上記期間のうち、中断 (休業) が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 か月)
中断 (休業) 理由			

上記のとおり従事していることを証明します。

年 月 日

所 在 地
 施設 (所属団体) 名
 代表者の職及び氏名

印

※ 看護補助等の職種にあつては、「主たる業務が介護である」旨を明記すること。

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 ㊟
 (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	〒	〒
	電話番号		
	従 事 先	名称 及び職種	
	住 所	〒	〒
		変更理由	
連帯保証人	氏 名		
	住 所	〒	〒
	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（本籍・続柄省略したもの）
 - 借受人の従事先の変更：業務従事届（第9号様式）及び業務従事期間証明書（第10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 (いずれかに○)	介護福祉士 ・ 社会福祉士 ・ 福祉系高校修学資金		
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 (か月)	貸付済額	円 年 月から 年 月まで (か月)
辞 退 等 額	円	最終貸付額	円

備考 養成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		
死亡の理由			

備考 死亡診断書等又は戸籍抄本を添付してください。



連帯保証人変更承認申請書

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 (印)
(貸付番号)
電話番号 ()

変更前の連帯保証人 住所 〒

氏名 (印)
電話番号 ()

介護福祉士修学資金等の連帯保証人を変更したいので次のとおり申請します。

新連帯保証人 (ふりがな) 氏 名	表印		生年 月 日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)
住所及び 電話番号	〒 ー 自 宅 () / 携 帯 ()			
申請者との 関係	職業 年収	職業 (農林水産業・商工業・公務員・会社員・自営業・その他) 勤務先名 () 前年の年収※ _____ 円		
変更の理由				

※新連帯保証人は、市町村民税課税証明書及び印鑑登録証明書を添付すること。

連 帯 保 証 書

令和 年 月 日

私 (新連帯保証人) は、現借用証書に基づく保証関係を承認し、介護福祉士修学資金等の貸付金について借受人と連帯して債務を負担します。

再就職準備金利用計画書

年 月 日

社会福祉法人岩手県社会福祉協議会 会長 様

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	
住 所	〒 ー 日中の連絡先（自宅・携帯）： ー ー
保有資格等 ※該当する項目に○をつけてください。※1	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 訪問介護員(ホームヘルパー)2級 <input type="checkbox"/> 実務者研修 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 訪問介護員(ホームヘルパー)1級
借入希望金額	金 円 (400,000円以内)
借入の目的 (該当する項目に○をつけてください。)※2	<input type="checkbox"/> 子どもの預け先を探す際の活動費 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 通勤用の自転車又はバイクの購入費 <input type="checkbox"/> その他 ()
再就職予定年月日	年 月 日
直近の退職年月日 ※介護職に限る	年 月 日 (従事先名)
岩手県福祉人材センター 登録状況	<p>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。登録状況について○をつけてください。</p> <input type="checkbox"/> 登録済 <input type="checkbox"/> 登録していない <p>* 未登録の方は、登録後に本計画書を提出してください。</p>

※1 保有資格を証明する書類（資格登録証等）の写しを添付してください。

※2 借入を希望する金額の根拠となる書類（カタログの写し、見積書等）を添付してください。

介護分野就職支援金・障害福祉分野就職支援金 利用計画書

年 月 日

社会福祉法人岩手県社会福祉協議会 会長 様

以下のとおり、就職支援金利用計画を提出します。

種 別	介護分野就職支援金 ・ 障害福祉分野就職支援金	
(ふりがな) 氏 名	⑩	
住 所	〒 ー 日中の連絡先（自宅・携帯）： ー ー	
修了した研修名		
研修修了日 ※1	令和 年 月 日 (令和 年 月 日)	※就職と同時に研修を受講する場合、上段に研修修了予定日を記載し、下段のカッコ内に研修開始予定日を記載すること。
研修実施機関名		
借入希望金額	金 円（200,000円以内）	
借入の目的 (該当する項目に○をつけてください。) ※2	<input type="checkbox"/> 子どもの預け先を探す際の活動費 <input type="checkbox"/> 介護に係る軽微な情報収集や講習会参加経費、参考図書等の購入費 <input type="checkbox"/> 介護職員等として働く際に必要な靴や道具又は当該道具を入れる靴等の被服費 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 通勤用の自転車又はバイクの購入費 <input type="checkbox"/> その他 ()	
就職予定年月日	年 月 日	
就職先の事業所名		
直近の退職年月日	年 月 日 (従事先名)	

※1 研修修了を証明する書類（修了証明書等）の写しを添付してください。

※2 借入を希望する金額の根拠となる書類（カタログの写し、見積書等）を添付してください。

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係る同意書

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ときは、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することがあります。

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ず、本事業の目的以外への利用、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、警察又は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おそれがある場合

5 個人情報の管理について

本事業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、常に正確かつ最新の状態に保ち、漏えい、毀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、確実に破棄又は削除します。

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、その開示の申出がされた場合には、当該貸付に係る関係者であることを確認した上で、申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。

～同意欄～

※各項目について理解・同意する場合は、借受人及び連帯保証人が署名・押印し、日付をご記入ください。

社会福祉法人岩手県社会福祉協議会 会長 様

私は、本書により貴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の利用に伴い提出した個人情報の取扱いについて、本書並びに岩手県社会福祉協議会の関係規程に基づいて取り扱われることに同意します。

年 月 日

借 受 人 _____ 印

年 月 日

連帯保証人 _____ 印

※同意欄の年月日については、和暦で記入すること。

受講（決定）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

住所 〒

氏名



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	年 月 日から 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。

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



社会福祉法人 岩手県社会福祉協議会

〒020-0831

盛岡市三本柳 8 地割 1 番 3 ふれあいランド岩手内

電話 019-601-7022・7023

F A X 019-637-4255