

様式第1号（修学資金）

提出書類と一緒に、本チェックリストも高校、留学先又は養成校の担当者様へ提出して下さい。

【高校、留学先又は養成校の担当者様へ】

上記の書類が全て揃ったらこのチェックリストと申請書を県社協へ送って下さい。

申請チェックリスト（修学資金）

高校、留学先又は養成校名		申請者 氏名	
高校、留学先又は養成校担当者名			

【書類が揃ったかのチェックと各記載内容の確認チェック】

最終提出するときは、下記順番で書類を並べて下さい。

共通	各種様式への記載は、各種記載例を参照し記入したか。		<input type="checkbox"/>
	記入すべき項目でのブランク（記入漏れ）はないか		<input type="checkbox"/>
書類が揃っているかのチェック		各書類の記載内容のチェック	
<input type="checkbox"/>	1号	申請チェックリスト:本票	チェックの漏れは無いか（最後にチェック） <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2号	貸付申請書：1/2枚目	署名・押印したか：1か所（申請者） <input type="checkbox"/> 生活費加算を利用する場合、居住地、年齢により月額限度額が異なります。募集要項等で確認したか。また期間は2年内か。 入学後の世帯分離について、福祉事務所との調整は済んでいるか。 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2号	貸付申請書：2/2枚目	家族欄は、注意事項に従い、家計維持者（両親等）及びその被扶養者（別居人も含む）及びその同居人全員分を記入しているか。 <input type="checkbox"/> 申請者が未成年の場合、連帯保証人は法定代理人（親権者等）か <input type="checkbox"/> 連帯保証人の年収が貸付希望額の2倍未満の場合は、別途長崎県内在住の別生計の連帯保証人を追加しているか。 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3号	個人情報の取扱同意書	署名・押印したか：2か所（申請者・連帯保証人）【注】 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4号	推薦書	署名・押印したか：1か所（高校又は養成校） <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	－	調査書	高校生、入学前の外国人留学生、在校生（1年生）は高校、入学前留学先のもの。その他の在校生は養成校のもの。 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	－	住民票（申請者及びその世帯）	本人、家計支持者（両親等）及びその被扶養者（別居人も含む）及びその同居人全員分を添付しているか。 <input type="checkbox"/> <u>世帯全員、本籍地を含む。個人番号は含めない。</u> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	－	住民票（連帯保証人）	<u>世帯全員、本籍地を含む。個人番号は含めない。</u> 上記申請者住民票に記載されている場合、申請者分のみで可。 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	－	所得課税証明書（生計支持者）（連帯保証人）	所得の有無にかかわらず、原則父母双方が生計支持者になります。 <u>所得がない場合も、所得「0円」の証明書が必要です。所得のみでなく課税状況が証明されていること。</u> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	－	その他(生活費加算の場合など)	手引きに従った書類を添付しているか <input type="checkbox"/>

【注】連帯保証人が2名必要な場合は、署名・押印、印鑑登録証明書等が1か所増えます。

貸付番号 (県社協使用欄)	
------------------	--

様式第2号 (修学資金-1/4枚目)

記入例(白地様式は次頁)

長崎県介護福祉士修学資金貸付申請書

令和 7 年 4 月 20 日

長崎県社会福祉協議会会長 様

下記のとおり長崎県介護福祉士修学資金の貸付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ	ナガサキ ハナコ		性別	生年月日	
	氏名	長崎 花子		<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 19 年 6 月 3 日生 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 (18 歳)	
	住所	〒 852-9999 長崎市茂里町99-99				
		携帯電話	090(9999)9999		自宅電話	095(999)9999
最終学歴	(現在高校生の場合は、在校名と卒業見込み年月)			平成・令和 7 年 3 月 平和高等 学校卒		
養成校名 (学科・専攻記載) ※高校生は志望校	出島福祉短期大学 健康福祉学科 社会福祉コース				通学区分	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅外
高校生のみ記入	進学後転居の予定 <input type="checkbox"/> 無し、 <input type="checkbox"/> 有り (転居予定地		県		市・郡)	
在校生のみ記入	入学年月	令和 7 年 4 月	現在第 1 学年	卒業予定	令和 9 年 3 月	

借入希望期間金額	令和 7 年 4 月から令和 9 年 3 月 まで (24 か月)					
	①月額分累計	1,200 千円	内訳 (月額 50 千円 × 24 か月) ※月額 5 万円以内、期間は借入期間同様			
	②入学準備金	200 千円	※ 20 万円以内 初回加算			
	③就職準備金	200 千円	※ 20 万円以内 最終回加算			
	④国家試験 受験対策費用	80 千円	内訳 (年額 40 千円 × 2 年) ※年額 4 万円以内、期間は上限 2 年			
	⑤生活費加算	千円	内訳 (月額 千円 × 月) か月 ※生活保護世帯等に限る ※月額は募集要項範囲内、期間は上限 2 年			
⑥合計 (①~⑤)	1,680 千円	①+②+③+④+⑤				
国庫補助金事業等の借入状況	<input checked="" type="checkbox"/> 借入なし、 <input type="checkbox"/> 生活福祉資金、 <input type="checkbox"/> 母子父子寡婦福祉資金 <input type="checkbox"/> その他借入 ()					
本件以外の貸与型奨学金の利用(含む見込み)	<input type="checkbox"/> 無、 <input checked="" type="checkbox"/> 有 : <input checked="" type="checkbox"/> 日本学生支援機構、 <input type="checkbox"/> 日本政策金融公庫 <input type="checkbox"/> その他 () 卒業までの利用予定額 720 千円 (内訳 30 千円 × 24 回)					
授業料等減免、給付型奨学金の利用(含む見込み)	<input checked="" type="checkbox"/> 無、 <input type="checkbox"/> 有 : <input type="checkbox"/> 日本学生支援機構基準第 I 区分 (支援額 3/3) <input type="checkbox"/> 日本学生支援機構基準第 II 区分 (支援額 2/3) <input type="checkbox"/> 日本学生支援機構基準第 III 区分 (支援額 1/3)					

※ 高等教育の修学支援新制度の「授業料等減免」を利用できる場合、原則減免制度を利用する必要があります。その場合減免相当額を調整、差引して本件貸付を行います。上記「借入希望金額」欄は、差引く前の希望金額を記入ください。

様式第2号（修学資金-2/4枚目）

生計を一にする家族の状況 ※ 外国人留学生は記入不要		注意)①家計支持者（両親等）の被扶養者全員（同居、別居にかかわらず）を記載。②被扶養にかかわらず、家計支持者と同居者全員を記入、③行が不足する場合は、別途適宜の用紙を添付して下さい。※両親が家計支持者になる場合、所得有無にかかわらず父母双方を家計支持者とみなし、父母それぞれの所得証明書（含む「所得0円」の提出が必要です。			
続柄	氏名	年齢	勤務先名・職種 （学校名・学年）	同居・別居	年間収入額 （単位千円）
本人	長崎 花子	18	平和高校3年	<input checked="" type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	0
父	長崎 太郎	56	九十九島商事株式会社長崎支社	<input type="checkbox"/> 同・ <input checked="" type="checkbox"/> 別	4,326
母	長崎 洋子	50	無職	<input checked="" type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	0
兄	長崎 一郎	21	出島大学3年	<input checked="" type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	0
弟	長崎 次郎	15	平和高校1年	<input checked="" type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	0

上記注意事項に従い、関係者全員を記載し、かつ全員分の住民票が必要です。
両親が家計支持者の場合、収入の有無にかかわらず父母のそれぞれの所得証明（含む「所得0円」の証明）が必要です。
年間収入額は、所得等の控除前の「収入金額」を記入して下さい。

住所等	〒 _____	【親等が別居の場合のみ記入】
	携帯電話 ()	自宅電話 ()

連帯保証予定者	フリガナ	ナガサキ タロウ	本人との続柄	生年月日	
	氏名	長崎 太郎	父	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 42年 12月 5日生	<input type="checkbox"/> 平成 (58歳)
	住所等	〒 852-9999 長崎市茂里町99-99			
		携帯電話	090 (8888) 8888	自宅電話	095 (999) 9999
	勤務先名称	九十九島商事株式会社長崎支社	年間収入額	4,326,000円	
	住所等	〒 852-9999 長崎市茂里町77-77 電話 095 (777) 7777			

注) 申請者が未成年であるときは、連帯保証人のうち1名は当該法定代理人でなければなりません。

年間収入額は、所得等の控除前の「収入金額」を記入して下さい。

下記は、保証人が2名以上の場合のみ使用。

連帯保証予定者	フリガナ		本人との続柄	生年月日	
	氏名			<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日生	<input type="checkbox"/> 平成 (歳)
	住所等	〒 _____			
		携帯電話	()	自宅電話	()
	勤務先名称		年間収入額		
	住所等	〒 _____ 電話 ()			

※ 法人保証の場合は、4/4枚目に記入して下さい。

介護福祉士として働くことに対する思い

修学資金等は、「中核的な介護職として就労する意欲があり、介護福祉士資格取得に向けた向学心があると認められる者」に貸付を行うこととしています。

それをふまえて、介護福祉士を目指そうと思った理由や、どんな介護福祉士になりたいか等を記述して下さい。

氏名	長崎 花子
----	--------------

【外国人留学生の場合は、本書面は提出不要】

介護福祉士になろうと思った理由やどんな介護福祉士になりたいか等を記述（300字程度）

例）私は、～（途中省略）

～介護福祉士になりたいです。

様式第2号（修学資金－4/4 枚目）

【法人保証でない場合は、本書面は提出不要】

連帯保証予定法人	フリガナ	シャカイフクシホウジン モリカイ		
	法人名 代表者名	社会福祉法人 茂里会 理事長 茂里 一郎		
	所在地	〒 <u>852-9999</u> 長崎市茂里町66-66		
	電話	095 (666) 6666	担当者名	茂里 花子

貸付番号 (県社協使用欄)	
------------------	--

様式第2号(修学資金-1/4枚目)

長崎県介護福祉士修学資金貸付申請書

令和 年 月 日

長崎県社会福祉協議会会長 様

下記のとおり長崎県介護福祉士修学資金の貸付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ			性別	生年月日		
	氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日生 (歳)	
	住所	〒 _____					
		携帯電話	()	自宅電話	()		
最終学歴	(現在高校生の場合は、在高校名と卒業見込み年月)		平成・令和	年 月	学校卒		
養成校名 (学科・専攻記載) ※高校生は志望校				通学区分	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅外		
高校生のみ記入	進学後転居の予定 <input type="checkbox"/> 無し、 <input type="checkbox"/> 有り(転居予定地 県 市・郡)						
在校生のみ記入	入学年月	令和 年 月	現在第 学年	卒業予定	令和 年 月		

借入希望期間金額	令和 年 月 から令和 年 月 まで(か月)		
	①月額分累計	千円	内訳(月額 千円× か月) ※月額5万円以内、期間は借入期間同様
	②入学準備金	千円	※20万円以内 初回加算
	③就職準備金	千円	※20万円以内 最終回加算
	④国家試験 受験対策費用	千円	内訳(年額 千円× 年) ※年額4万円以内、期間は上限2年
	⑤生活費加算	千円	内訳(月額 千円× か月) ※生活保護世帯等に限る ※月額は募集要項範囲内、期間は上限2年
⑥合計(①~⑤)	千円	①+②+③+④+⑤	
国庫補助金事業等の借入状況	<input type="checkbox"/> 借入なし、 <input type="checkbox"/> 生活福祉資金、 <input type="checkbox"/> 母子父子寡婦福祉資金 <input type="checkbox"/> その他借入()		
本件以外の貸与型奨学金の利用(含む見込み)	<input type="checkbox"/> 無、 <input type="checkbox"/> 有： <input type="checkbox"/> 日本学生支援機構、 <input type="checkbox"/> 日本政策金融公庫 <input type="checkbox"/> その他() 卒業までの利用予定額 千円(内訳)		
授業料等減免、給付型奨学金の利用(含む見込み)	<input type="checkbox"/> 無、 <input type="checkbox"/> 有： <input type="checkbox"/> 日本学生支援機構基準第Ⅰ区分(支援額3/3) <input type="checkbox"/> 日本学生支援機構基準第Ⅱ区分(支援額2/3) <input type="checkbox"/> 日本学生支援機構基準第Ⅲ区分(支援額1/3)		

※ 高等教育の修学支援新制度の「授業料等減免」を利用できる場合、原則減免制度を利用する必要があります。その場合減免相当額を調整、差引して本件貸付を行います。上記「借入希望金額」欄は、差引く前の希望金額を記入ください。

様式第2号（修学資金-2/4枚目）

生計を一にする家族の状況 ※ 外国人留学生は記入不要		注意)①家計支持者（両親等）の被扶養者全員（同居、別居にかかわらず）を記載。②被扶養にかかわらず、家計支持者の同居者全員を記入、③行が不足する場合は、別途適宜の用紙を添付して下さい。※両親が家計支持者になる場合、所得有無にかかわらず父母双方を家計支持者とみなし、父母それぞれの所得証明書（含む「所得0円」の提出が必要です。			
続柄	氏名	年齢	勤務先名・職種 （学校名・学年）	同居 ・別居	年間収入額 （単位千円）
本人				<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	
				<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	
				<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	
				<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	
				<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	
				<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	
住所等	〒 _____ 【親等が別居の場合のみ記入】				
	携帯電話	()	自宅電話	()	

連帯保証予定者	フリガナ			本人との続柄	生年月日	
	氏名				<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日生
					<input type="checkbox"/> 平成	(歳)
	住所等	〒 _____				
		携帯電話	()	自宅電話	()	
勤務先名称住所等	名称			年間収入額		
		〒 _____				
		電話 ()				

注) 申請者が未成年であるときは、連帯保証人のうち1名は当該法定代理人でなければなりません。

下記は、保証人が2名以上の場合のみ使用。

連帯保証予定者	フリガナ			本人との続柄	生年月日	
	氏名				<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日生
					<input type="checkbox"/> 平成	(歳)
	住所等	〒 _____				
		携帯電話	()	自宅電話	()	
勤務先名称住所等	名称			年間収入額	千円	
		〒 _____				
		電話 ()				

※ 法人保証の場合は、4/4枚目に記入して下さい。

様式第2号（修学資金－4/4 枚目）

【法人保証でない場合は、本書面は提出不要】

連帯保証予定法人	フリガナ			
	法人名 代表者名			
	所在地	〒 _____		
	電話	()	担当者名	

長崎県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
長崎県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、本事業に際して個人情報を取得する時は、必要な情報のみを、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、都道府県社会福祉協議会、県内外の養成施設、介護施設・事業所、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およ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については、本人の同意なく、本事業の目的以外への利用すること、および上記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致しません。ただし、下記の例のような場合には、あらかじめ同意を得ないでお伝えした目的以外の利用、第三者への提供をすることがあります。
 - ・ 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おそれがある場合。
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、書面及び情報システムにつながった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・き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かか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、本人であることの確認をした上で、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。

長崎県介護福祉士修学資金等貸付における個人情報の取扱同意書

社会福祉法人 長崎県社会福祉協議会会長 様

長崎県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。

令和 7 年 7 月 20 日

貸付申請者
(本人自筆)

長崎 花子

令和 7 年 4 月 20 日

連帯保証予定者
(本人自筆)

長崎 太郎

令和 年 月 日

連帯保証予定者
(本人自筆)

※ 貸付申請者、連帯保証予定者各々について、署名し、日付を記載して下さい。

様式第3号（長崎県介護福祉士修学資金等貸付共通）

長崎県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
長崎県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、本事業に際して個人情報を取得する時は、必要な情報のみを、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、都道府県社会福祉協議会、県内外の養成施設、介護施設・事業所、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およ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については、本人の同意なく、本事業の目的以外への利用すること、および上記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致しません。ただし、下記の例のような場合には、あらかじめ同意を得ないでお伝えした目的以外の利用、第三者への提供をすることがあります。
 - ・ 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おそれがある場合。
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、書面及び情報システムにつながった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・き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かか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、本人であることの確認をした上で、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。

長崎県介護福祉士修学資金等貸付における個人情報の取扱同意書

社会福祉法人 長崎県社会福祉協議会会長 様

長崎県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。

令和 年 月 日 貸付申請者
(本人自筆)

令和 年 月 日 連帯保証予定者
(本人自筆)

令和 年 月 日 連帯保証予定者
(本人自筆)

※ 貸付申請者、連帯保証予定者各々について、署名し、日付を記載して下さい。

推 薦 書

令和 年 月 日

長崎県社会福祉協議会会長 様

高校又は養成校の所在地	〒	—
高校又は養成校の名称		
高校又は養成校の長の職及び氏名		(印)

連絡担当者部署・電話番号	()
連絡担当者役職名・氏名	

下記の者は長崎県介護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。

被推薦者 氏名	総合 推薦順位	位 人中	※1名の場合は1/1で記入。 ※高校推薦の場合は記入不要。			
推 薦 者 意 見	※ 学力 (成績評点を参考に客観的に記入下さい) 1. 優秀 2. 平均を上回る 3. 平均 4. 平均を下回る		※ 意欲 (卒業後、介護福祉士として中核的な介護職として就労する意欲) (下記所見、推薦理由に、客観的に判断できる根拠を記入ください) 1. 極めて高く認められる 2. 高く認められる 3. 認められる 4. 認められない			
	所見・推薦理由 (人物、学習・生活態度、介護職への適性、就業意欲等、調査書等参考に客観的に記入下さい。)					
	(家計上の特殊な事情を記載して下さい)					
	※ 1. 母子・父子世帯 2. 障害者を扶養する世帯 3. 長期療養者のいる世帯		4. 単身赴任等の世帯 5. 自然災害、盗難等の被害世帯 6. その他	(左記の補足内容を記載して下さい)		
授業料等 減免(注)	※ 支援区分 I・II・III・IV	入学金 円	入学金減免額 円	授業料 円	授業料減免額 円	授業料以外の 校納金 円

<備考> ※欄は該当するもの、番号を○で囲んで下さい。必要であれば、適宜書式を添付して下さい。

(注) 在校生で授業料等減免を利用する場合のみ記入。授業料・減免額・校納金は、半年相当分を記入。

【推薦での留意点】

本制度は返還免除があるとはいえ借入金であり、中途退学や介護業務から離職すると、全額返還が必要となります。返還者の中には、コミュニケーション能力等の介護職への適性、学習習慣や学習意欲、介護職としての就業意欲などが十分ではないケースが認められました。申請者の適性、意欲等を十分考慮し推薦、記入して下さい。

長崎県介護福祉士修学資金貸付に関する意見書

1. 被保護世帯の状況

(1) 申請人 氏名 _____ (生年月日) _____ 年 _____ 月 _____ 日生

(2) 世帯主(住所) _____ (氏名) _____

(3) 保護開始年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(4) 給付内容

① 生活扶助 ② 住宅扶助 ③ 教育扶助 ④ 医療扶助 ⑤ 介護扶助

※(該当する給付内容に○を付けて下さい)

(5) 世帯人数 () 人

2. 介護福祉士修学資金貸付に関する福祉事務所の意見

【本貸付による自立助長に関する意見及び申請人の就学時の世帯認定等について記載して下さい】

上記のとおり当福祉事務所の意見を申し上げます。

令和 年 月 日

福祉事務所長 

社会福祉法人 長崎県社会福祉協議会会長 様

様式第10号(修学資金)

借用書(長崎県介護福祉士修学資金)

注意: 日付は記入せず、必ず空欄にして下さい。

契約日 (県社協が初回送金日を補記)	令和
-----------------------	----

長崎県社会福祉協議会会長 様

貸付番号(県社協使用欄)		氏名	長崎 花子
養成校名 (学科・専攻まで詳しく)	出島福祉短期大学 健康福祉学科 社会福祉コース		
入学年月	□平成、 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	7年 4月	第 1 学年

私は、次のとおり長崎県介護福祉士修学資金の貸付けを受けました。長崎県介護福祉士修学資金等貸付規程等の規定に従い、学生としての本分を尽くして修学するとともに、卒業後は介護福祉士の登録を目指すとともに長崎県内において介護等業務に継続して従事することを誓約します。なお借用期間または返還猶予期間において、本規程に定めることを履行できないときまたは返還猶予要件に該当しなくなったときは、本規程に従い返還いたします。

借用期間	令和 7年 4月 から 令和 9年 3月までの 24 箇月		
月額累計	1,200,000 円	内訳(月額 50,000円 × 24か月)	
入学準備金	200,000 円		
就職準備金	200,000 円		
国家試験対策費用	80,000 円	内訳(年額 40,000円 × 2年)	
生活費加算累計	円	内訳(月額 円 × か月)	
借用総額	1,680,000 円	※金額(合計、内訳すべて)の訂正はできません。書き損じた場合は、再作成して下さい。	
借用期間経過後の返還猶予期間	借用期間経過後、長崎県内で介護福祉士として返済免除業務に従事する期間が5年(過疎地の場合3年)を経過するまでの期間で、下記返還猶予要件に該当する期間。		
返還猶予要件	①養成校を卒業予定年度に卒業し、卒業から1年以内に介護福祉士に登録すること ②介護福祉士登録後、長崎県内で介護等業務に継続して従事していること		

振込口座

銀行名	支店名	口座種類	口座番号	口座名義(カタカナ)
〇〇	長崎駅前	普通預金	1234567	ナガサキ ハナコ

借入金は、原則年2回(5月と10月)分割で受領します。月額のものとは都度6か月分、国家試験対策費年額は各5月、入学準備金は初回送金時、就職準備金は最終学年10月に受領します。高等教育の修学支援新制度の「授業料等減免」を利用する場合は、減免額と調整した金額を受領します。

金額(合計、内訳すべて)の訂正はできません。書き損じた場合は、再作成して下さい。

借受人 (自署)	住所	長崎市茂里町 99-99
	氏名	長崎 花子 長崎 印

※住所は、住民票の住所を正確に記載して下さい。

私は、借受人に上記のとおり履行させるとともに、万一借受人が履行しない場合は、その債務を連帯して負担いたします。

記入漏れがないようにして下さい。住民票の住所を、正確に記入して下さい。

連帯保証人 (自署)	住所	長崎市茂里町 99-99
	氏名	長崎 太郎 長崎 実印

※実印を押印下さい。

この欄は、連帯保証人が2名の場合のみ使用して下さい。

連帯保証人 (自署)	住所	
	氏名	実印

※実印を押印下さい。

様式第 10 号 (修学資金)

借用書 (長崎県介護福祉士修学資金)

契約日 (県社協が初回送金日を補記)	令和
-----------------------	----

長崎県社会福祉協議会会長 様

貸付番号 (県社協使用欄)	氏名		
養成校名 (学科・専攻まで詳しく)	入学年月	□平成、□令和	年 月 第 学年

私は、次のとおり長崎県介護福祉士修学資金の貸付けを受けました。長崎県介護福祉士修学資金等貸付規程等の規定に従い、学生としての本分を尽くして修学するとともに、卒業後は介護福祉士の登録を目指すとともに長崎県内において介護等業務に継続して従事することを誓約します。なお借用期間または返還猶予期間において、本規程に定めることを履行できないときまたは返還猶予要件に該当しなくなったときは、本規程に従い返還いたします。

借用期間	令和 年 月 から 令和 年 月までの 箇月
月額累計	円 内訳 (月額 円 × か月)
入学準備金	円
就職準備金	円
国家試験対策費用	円 内訳 (年額 円 × 年)
生活費加算累計	円 内訳 (月額 円 × か月)
借用総額	円 ※ 金額 (合計、内訳すべて) の訂正はできません。書き損じた場合は、再作成して下さい。
借用期間経過後の返還猶予期間	借用期間経過後、長崎県内で介護福祉士として返済免除業務に従事する期間が 5 年 (過疎地の場合 3 年) を経過するまでの期間で、下記返還猶予要件に該当する期間。
返還猶予要件	①養成校を卒業予定年度に卒業し、卒業から 1 年以内に介護福祉士に登録すること ②介護福祉士登録後、長崎県内で介護等業務に継続して従事していること

振込口座

銀行名	支店名	口座種類	口座番号	口座名義 (カタカナ)
		普通預金		

借入金は、原則年 2 回 (5 月と 10 月) 分割で受領します。月額のもののは都度 6 か月分、国家試験対策費年額は各 5 月、入学準備金は初回送金時、就職準備金は最終学年 10 月に受領します。高等教育の修学支援新制度の「授業料等減免」を利用する場合は、減免額と調整した金額を受領します。

借受人 (自署)	住所	
	氏名	(印)

※住所は、住民票の住所を正確に記載して下さい。

私は、借受人に上記のとおり履行させるとともに、万一借受人が履行しない場合は、その債務を連帯して負担いたします。

連帯保証人 (自署)	住所	
	氏名	(実印)

※実印を押印下さい。

この欄は、連帯保証人が 2 名の場合のみ使用して下さい。

連帯保証人 (自署)	住所	
	氏名	(実印)

※実印を押印下さい。

返還猶予申請書（修学資金）

長崎県社会福祉協議会会長 様

貸付番号	KA999	氏名	長崎 花子
住所等	〒852-9999 長崎市茂里町99-99		
	携帯電話	090 (9999) 9999	自宅電話

貸付決定日	令和 7年 4月 10日	借用総額	1,680,000円
借入時の返還猶予期間	借用期間経過後、長崎県内で介護福祉士として返済免除業務に従事する期間が5年（過疎地の場合3年）を経過するまでの期間で、下記返還猶予要件に該当する期間。		
借入時の返還猶予要件	①養成校を卒業予定年度に卒業し、卒業から1年以内に介護福祉士に登録すること ②介護福祉士登録後、長崎県内で介護等業務に継続して従事していること		
今回一時的に下記やむをえない事由により返還猶予を申請する期間	令和 9年 12月 10日 から 令和 10年 5月 9日 まで		
申請理由 （一時的なやむをえない事由）	（具体的に記入して下さい） 骨折のため、上記申請期間業務に従事できないため 医師の診断書別添		
備考			

注）申請理由により次の書類を添付してください。
災害、疾病、負傷、その他やむを得ない事情を証する書類

上記のとおり長崎県介護福祉士等修学資金返還金の支払猶予を受けたいので、関係書類を添えて申請します。なお上記申請理由にかかる事情に該当しなくなりかつ借入時の返還猶予要件にも復帰できなかった場合には、上記猶予期間内にかかわらず返還します。

令和 9年 12月 26日

貸付申請者
（本人自筆）

長崎 花子

返還猶予申請書（修学資金）

長崎県社会福祉協議会会長 様

貸付番号		氏名	
住所等	〒 _____		
	携帯電話	()	自宅電話 ()

貸付決定日	年 月 日	借用総額	円
借入時の返還猶予期間	借用期間経過後、長崎県内で介護福祉士として返済免除業務に従事する期間が5年（過疎地の場合3年）を経過するまでの期間で、下記返還猶予要件に該当する期間。		
借入時の返還猶予要件	①養成校を卒業予定年度に卒業し、卒業から1年以内に介護福祉士に登録すること ②介護福祉士登録後、長崎県内で介護等業務に継続して従事していること		
今回一時的に下記やむをえない事由により返還猶予を申請する期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで		
申請理由 (一時的なやむをえない事由)	(具体的に記入して下さい)		
備考			

注) 申請理由により次の書類を添付してください。

災害、疾病、負傷、その他やむを得ない事情を証する書類

上記のとおり長崎県介護福祉士等修学資金返還金の支払猶予を受けたいので、関係書類を添えて申請します。なお上記申請理由にかかる事情に該当しなくなりかつ借入時の返還猶予要件にも復帰できなかった場合には、上記猶予期間内にかかわらず返還します。

令和 年 月 日 貸付申請者
(本人自筆)

業務従事届

長崎県社会福祉協議会会長 様

【借入人欄】

貸付番号	KA999	氏名	長崎 花子	生年月日	平成 19 年 6 月 3 日生
住所等	〒852-9999 長崎市茂里町99-99				
	携帯電話	090 (9999) 9999	自宅電話	095 (999) 9999	

※住所、氏名を変更している場合は、新住民票を添付して下さい。

【勤務状況欄】

法人名	社会福祉法人 茂里会	(連絡担当者名)
施設・事業所名	ヘルパーステーション茂里町	福祉太郎
介護保険事務所番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	
介護保険でのサービスのコード・種別	11 訪問介護 <small>(略称でも可：訪問介護、通所介護、小規模多機能、グループホーム等)</small>	
従事先住所等	〒852-8999 長崎市茂里町66-66	電話095 (666) 6666
職種	<input checked="" type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員以外 () <small>※ 兼務の場合、主として（概ね8割以上）従事している職種を記入ください。</small>	
雇用形態	年間の介護従事日数が180日	<input checked="" type="checkbox"/> 以上 <input type="checkbox"/> 未満
採用年月日	令和 9 年 4 月 1 日	
採用後の休職状況	【休職有る場合のみ、下記にその状況を記入ください】	
備考		

私は上記のとおり業務に従事していますので、お届けします。

令和 9 年 4 月 10 日

氏名

長崎 花子

上記のとおり相違ないことを証明します。

事業所の公印を押印ください。

令和 9 年 4 月 10 日

業務従事先の住所
業務従事先の名称
業務従事先の長の職及び氏名

長崎市茂里町66-66
ヘルパーステーション茂里町
施設長 茂里太郎



業務従事届

長崎県社会福祉協議会会長 様

【借入人欄】

貸付番号		氏名		生年月日	年 月 日生
住所等	〒 _____				
	携帯電話	()	自宅電話	()	

※住所、氏名を変更している場合は、新住民票を添付して下さい。

【勤務状況欄】

法人名		(連絡担当者名)
施設・事業所名		
介護保険事務所番号		
介護保険でのサービスのコード・種別	(略称でも可：訪問介護、通所介護、小規模多機能、グループホーム等)	
従事先住所等	〒 _____	電話 ()
職種	<input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員以外 () ※ 兼務の場合、主として（概ね8割以上）従事している職種を記入ください。	
雇用形態	年間の介護従事日数が180日	<input type="checkbox"/> 以上 <input type="checkbox"/> 未満
採用年月日	年 月 日	
採用後の休職状況	【休職有る場合のみ、下記にその状況を記入ください】	
備考		

私は上記のとおり業務に従事していますので、お届けします。

令和 年 月 日 氏名

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

業務従事先の住所

業務従事先の名称

業務従事先の長の職及び氏名

公印

様式第21号(修学資金)

この部分は、原則機械印字します。

返還免除申請書(修学資金)

長崎県社会福祉協議会会長 様

貸付番号	KA999		
住所等	〒852-9999 長崎市茂里町99-99 携帯電話090(9999)9999 自宅電話095(999)9999		
氏名	長崎 花子	生年月日	昭和・平成19年6月3日生
介護福祉士登録年月日	令和8年4月10日		

借入日	令和7年4月1日	借用総額	1,680,000円
		返還済額	0円
		返還免除申請額	1,680,000円
申請理由 該当番号を○で囲んで下さい。	<ol style="list-style-type: none">養成校卒業から1年以内に介護福祉士の登録し、その後長崎県内で5年(特例の場合は3年)間継続して介護等業務に従事したため。業務上の事由により死亡し、又は業務に起因する心身の故障のため介護等業務に継続して従事することができなくなったため。その他(下記記載理由)		
備考			

注) 申請理由により次の書類を添付して下さい。

理由1の場合、業務従事届(第20号)

理由2、3の場合、その事実を証明する書類

上記のとおり長崎県介護福祉士修学資金返還金の支払免除を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

令和15年4月20日

貸付申請者
(本人自筆)

長崎 花子

様式第21号（修学資金）

返還免除申請書（修学資金）

長崎県社会福祉協議会会長 様

貸付番号			
住所等	〒 _____ 携帯電話 () 自宅電話 ()		
氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日生
介護福祉士 登録年月日	年 月 日		

借入日	年 月 日から	借用総額	円
		返還済額	円
		返還免除申請額	円
申請理由 該当番号を○で囲んで 下さい。	1. 養成校卒業から1年以内に介護福祉士の登録をし、その後長崎県内で5年（特例の場合は3年）間継続して介護等業務に従事したため。 2. 業務上の事由により死亡し、又は業務に起因する心身の故障のため介護等業務に継続して従事することができなくなったため。 3. その他（下記記載理由）		
備考			

注) 申請理由により次の書類を添付して下さい。

理由1の場合、業務従事届（第20号）

理由2、3の場合、その事実を証明する書類

上記のとおり長崎県介護福祉士修学資金返還金の支払免除を受けたいので、関係書類を添えて申請します

令和 年 月 日

氏名
(本人自筆)

辞退届

令和 年 月 日

長崎県社会福祉協議会会長 様

貸付番号			
住所等	〒 _____		
	携帯電話 ()	自宅電話 ()	
フリガナ	生年月日		
氏名	Ⓜ	昭和・平成 年 月 日生	
貸付決定日	年 月 日	貸付決定額	円

下記のとおり長崎県介護福祉士修学資金等の貸付を辞退しますので、お届けします。

辞退年月日	年 月 日
辞退理由	

返還計画書

令和 8年 4月 3日

長崎県社会福祉協議会会長 様

貸付番号	KA999		
住所等	〒852-9999 長崎市茂里町99-99 携帯電話090(9999)9999 自宅電話095(999)9999		
氏名 (自署)	長崎 花子	生年月日	昭和 平成17年6月3日生

次のとおり下記借入金の返還計画書を提出します。

長崎県（介護福祉士修学、介護福祉士実務者研修受講、離職介護人材再就職準備）資金

返還すべき額	1,680,000 円		
最終期限	令和 12年 3月まで		
※返還方法 一括か分割を丸で 囲んでください。 分割の場合、右欄に 内容を記入して下さい。	一括	最終期限：令和 12年 3月まで 分割方法：初回 令和 8年 4月に 35,000円返還 令和 8年 5月から 令和 12年 2月まで毎月 35,000円返還	
	分割	最終期限に 35,000円返還し完済する。	
※返還金 振込先 希望振込先銀行を ○で囲んで下さい。	口座名義：社会福祉法人 長崎県社会福祉協議会 金融機関：ゆうちょ銀行 〈返還金の支払いに係る費用（送金手数料等）は、借受人が負担します〉		
※返還理由 該当番号を○で囲 んで下さい。	<ol style="list-style-type: none"> 貸付契約の解除 介護等業務を離職または対象外の業務に転職 長崎県外に就職 介護福祉士の未登録（修学資金・実務者受講資金のみ対象） その他（詳しく） 		

【連帯保証人が2名の場合使用】

[連帯保証人]

住所等 〒852-9999
長崎市茂里町99-99

携帯電話 090 (8888) 8888
自宅電話 095 (999) 9999

氏名 長崎 太郎
(自署)

[連帯保証人]

住所等 〒 —

携帯電話 ()
自宅電話 ()

氏名
(自署)

私は、借受人に上記のとおり履行させるとともに、万一借受人が履行しない場合は、その債務を連帯して負担いたします。

返還計画書

令和 年 月 日

長崎県社会福祉協議会会長 様

貸付番号			
住所等	〒 _____		
	携帯電話 ()	自宅電話 ()	
氏名 (自署)	生年月日	昭和・平成 年 月 日生	

次のとおり下記借入金の返還計画書を提出します。

長崎県（介護福祉士修学、介護福祉士実務者研修受講、離職介護人材再就職準備）資金

返還すべき額	円
最終期限	令和 年 月まで
※返還方法 一括か分割を丸で 囲ってください。 分割の場合、右欄に 内容を記入して下さい。	一括・分割 最終期限：令和 年 月まで 分割方法：初回 令和 年 月に 返還 令和 年 月から 令和 年 月まで毎月 円返還 最終期限に 円返還し完済する。
※返還金 振込先 希望振込先銀行を ○で囲んで下さい。	口座名義：社会福祉法人 長崎県社会福祉協議会 金融機関：ゆうちょ銀行 〈返還金の支払いに係る費用（送金手数料等）は、借受人が負担します〉
※返還理由 該当番号を○で 囲んで下さい。	1. 貸付契約の解除 2. 介護等業務を離職または対象外の業務に転職 3. 長崎県外に就職 4. 介護福祉士の未登録（修学資金・実務者受講資金のみ対象） 5. その他（詳しく _____）

【連帯保証人が2名の場合使用】

[連帯保証人]

住所等 〒 _____

携帯電話 ()
自宅電話 ()

氏名
(自署)

[連帯保証人]

住所等 〒 _____

携帯電話 ()
自宅電話 ()

氏名
(自署)

私は、借受人に上記のとおり履行させるとともに、万一借受人が履行しない場合は、その債務を連帯して負担いたします。

退 職 届

令和 10年 9月 15日

長崎県社会福祉協議会会長 様

貸付番号 KA999
現住所 〒852-9999
長崎市茂里町99-99
携帯電話 090(9999) 9999
自宅電話 095(999) 9999
氏名(自署) 長崎 花子

下記のとおり退職しましたので、お届けします。

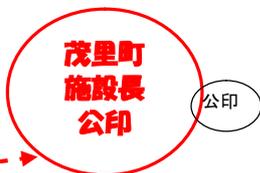
最終 従事 先 ・ 勤務 状況	法人名	社会福祉法人 茂里会	
	施設・事業所名	ヘルパーステーション茂里町	
	住所等	〒852-9999 長崎市茂里町66-66 電話 095(666) 6666	
	従業員名	長崎 花子	昭和・平成 19年 6月 3日生
	職種	<input checked="" type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員以外()	
	雇用形態	年間換算での介護従事日数が180日	<input checked="" type="checkbox"/> 以上 <input type="checkbox"/> 未満
	採用年月日	令和 9年 4月 1日	
	退職年月日	令和 10年 8月 31日	
	就労中の休職の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容は備考に記入)	
退職理由	一身上の都合		
備考			

上記のとおり相違ないことを認めます。

令和 10年 9月 15日

業務従事先の住所
業務従事先の名称
業務従事先の長の職及び氏名

長崎市茂里町66-66
ヘルパーステーション茂里町
施設長 茂里太郎



事業所の公印を押印ください。

退職届

令和 年 月 日

長崎県社会福祉協議会会長 様

貸付番号
現住所 〒 _____

携帯電話 ()
自宅電話 ()

氏名（自署）

下記のとおり退職しましたので、お届けします。

最終 従事 先 ・ 勤務 状況	法人名		
	施設・事業所名		
	住所等	〒 _____ 電話 ()	
	従業員名	生年月日	昭和・平成 年 月 日生
	職種	<input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員以外()	
	雇用形態	年間換算での介護従事日数が180日	<input type="checkbox"/> 以上 <input type="checkbox"/> 未満
	採用年月日	年 月 日	
	退職年月日	年 月 日	
	就労中の休職の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（内容は備考に記入）	
退職理由			
備考			

上記のとおり相違ないことを認めます。

令和 年 月 日

最終従事先の所在地 〒 _____

最終従事先の名称
最終従事先の長の職及び氏名

住所・氏名・その他変更届
(借受人、 連帯保証人)

令和 年 月 日

長崎県社会福祉協議会会長 様

貸付番号

氏名（自署）

下記のとおり変更しましたので、お届けします。

新	住所等	〒 _____ 携帯電話 () 自宅電話 ()
	フリガナ	
	氏名	
その他		
旧	住所等	〒 _____ 携帯電話 () 自宅電話 ()
	氏名	
	その他	

※新住民票を、添付して下さい。またその他事項では、必要に応じ証明書類を貼付下さい。

連帯保証人変更申請書

令和 年 月 日

長崎県社会福祉協議会会長 様

現在借入中の長崎県介護福祉士修学資金等貸付金につきまして、連帯保証人を変更したいので、関係書類を添えて申請します。

【貸付申請者】

現住所 〒 _____

氏名（自署）

【現在の連帯保証人】※変更する方

現住所 〒 _____

氏名（自署）

【現在の連帯保証人】※変更しない方

（当初から連帯保証人が1名の場合は記入不要）

現住所 〒 _____

氏名（自署）

貸付番号 (県社協使用欄)		借入日	年 月 日
借用総額	円	現在残高	円
新 連 帯 保 証 人			
フリガナ		生年月日	
氏名 (自署)		昭和・平成	年 月 日 (歳)
住所等	〒 _____ 携帯電話 () 自宅電話 ()		
勤務先 住所等	名称	勤務 形態	<input type="checkbox"/> 正社員、 <input type="checkbox"/> 契約・嘱託社員、 <input type="checkbox"/> 派遣、 <input type="checkbox"/> パート、 <input type="checkbox"/> 事業主
	〒 _____ 電話 ()		
年間収入額	円	本人との続柄	

※印鑑証明書（3か月以内）を添付して下さい。

休学・停学・復学・留年届

令和 年 月 日

長崎県社会福祉協議会会長 様

貸付番号

現住所 〒 —

携帯電話 ()

自宅電話 ()

氏名（自署）

このたび、養成校を（※ 休学 ・ 停学 ・ 復学 ・ 留年 ）しましたので、
下記のとおりお届けします。

養成校名	入学年月			
	年	月	第 学年	
※届出事項	1 休学 (年 月 日から 年 月 日まで)	年	月	日まで)
	2 停学 (年 月 日から 年 月 日まで)	年	月	日まで)
	3 復学 (年 月 日)	年	月	日)
	4 留年 (年 月 日から 年 月 日まで)	年	月	日まで)
理由				

<備考> ※欄は該当するもの、番号を○で囲んで下さい。

上記のとおり相違ないことを認めます。

令和 年 月 日

養成校の所在地 〒 —

養成校の名称
養成校の長の職及び氏名

印

【申請・問い合わせ先】

〒852-8555

長崎市茂里町3番24号 長崎県総合福祉センター2F

TEL 095-846-8656

社会福祉法人 長崎県社会福祉協議会

welなが（ふくしのお仕事ステーション） 介護貸付担当 宛て

※ 貸付番号は、今後照会等で必要になります。
貸付決定通知書から転記しておいて下さい。

申請者名	
貸付番号	