

長崎県介護・障害福祉分野就職支援金

貸付事業の手引き

令和8年4月

社会福祉法人 長崎県社会福祉協議会

〈 目次 〉

| 項目 | | 頁 |
|--------------|--------------------------------|----|
| 貸付の概要 | | 1 |
| 1. | 事業の目的、実施主体 | 1 |
| 2. | 貸付対象者 | 1 |
| 3. | 貸付額、内容 | 2 |
| 4. | 連帯保証人 | 2 |
| 5. | 貸付申請手続き | 2 |
| 6. | 貸付対象者の選定及び審査、送金 | 3 |
| 7. | 返還 | 3 |
| 8. | 返還猶予 | 3 |
| 9. | 返還免除 | 4 |
| 10. | 貸付後の届け出義務等 | 4 |
| 11. | 貸付後の各種事由による手続き | 5 |
| 12. | 規程、手引き、様式リンク集 | 6 |
| 13. | 申請先・問い合わせ先 | 6 |
| 14. | 参考（介護職員等について） | 7 |
| 様式集 | | 8 |
| 様式No. | 様式名 | 頁 |
| 第 1号 | 申請チェックリスト（就職支援金） | 8 |
| 第 2号 | 貸付申請書兼利用計画書（長崎県介護・障害福祉分野就職支援金） | 9 |
| 第 3号 | 個人情報の取扱同意書 | 11 |
| 第 5号 | 研修受講証明書 | 12 |
| 第10号 | 借用書（長崎県介護・障害福祉分野就職支援金） | 13 |
| 第20号 | 業務従事届（就職支援金） | 15 |
| 第25号 | 退職届 | 17 |
| 第26号 | 住所・氏名・その他変更届 | 18 |
| 第12号 | 返還猶予申請書（就職支援金） | 19 |
| 第21号 | 返還免除申請書（就職支援金） | 21 |
| 第24号 | 返還計画書 | 23 |
| 第27号 | 死亡届 | 25 |
| 第28号 | 連帯保証人変更申請書 | 26 |

長崎県介護・障害福祉分野就職支援金貸付事業の概要

1. 事業の目的、実施主体

この事業は、他業種で働いていた方等の介護・障害分野における介護職等としての参入を促進するため、就職の際に必要な経費に係る支援金（以下「就職支援金」という。）の貸付を行い、長崎県内の福祉・介護人材の確保と定着を図ることを目的とします。またこの貸付は、社会福祉法人長崎県社会福祉協議会（以下「県社協」という）が行います。

2. 貸付対象者

次の①～③の要件を全て満たしている方です。

※下線部は、下記「用語の解説」を参照して下さい。

| | |
|---|--|
| ① | <p>長崎県内で介護職員等又は障害福祉職員として、就労予定もしくは就労後3か月以内</p> <p>※ 就労予定とは、今後2か月以内の就労が内定しているもの。</p> <p>※ 就労条件は、介護職員等又は障害福祉職員としての業務従事日数が年間180日以上必要です。</p> |
| ② | <p>上記①の就労まで、介護等又は障害福祉いずれの実務経験もないこと</p> |
| ③ | <p>上記①の就労のため介護職員初任者研修、介護福祉士実務者研修等を研修中または修了していること</p> <p>※ 障害福祉職員として就労する場合、上記以外に以下の研修も含む。</p> <p>居宅介護職員初任者研修、障害者居宅介護従事者基礎研修、重度訪問介護従業者養成研修（基礎課程、総合課程、行動障害支援課程のいずれかの課程と応用を受講すること）、同行援護従業者養成研修（一般課程、応用課程のいずれか）、行動援護従業者養成研修、強度行動障害支援者養成研修（基礎研修及び実践研修）</p> |

用語の解説（以下各項目で共通）

| | |
|--------|--|
| 介護職員等 | <p>介護保険サービスを提供する介護施設・事業所に従事する介護職員（主たる業務が介護）。</p> <p>※ 管理者、(准)看護師、介護支援専門員、生活相談員、理学療法士、作業療法士、栄養士、調理員、清掃員、事務員等は該当しません。</p> <p>※ 介護保険法23条の居宅サービス等又は第一号訪問・第一号通所事業が対象となります。</p> <p>※ 詳細は後記「14. 参考（介護職員等について）」を参照。</p> |
| 障害福祉職員 | <p>以下の事業、施設において、主たる業務が利用者に直接サービスを提供する者</p> <p>・「障害者総合支援法」に規定する障害福祉サービス事業、一般・特定相談支援事業、地域活動支援センター、地域生活支援事業、基幹相談支援センター</p> <p>障害福祉サービス事業とは、具体的には居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護・療養介護・生活介護・短期入所・重度障害者等包括支援・施設入所支援・自立訓練・就労移行支援・就労継続支援・就労定着支援・自立生活援助・共同生活援助をいいます。</p> <p>・「児童福祉法」に規定する障害児通所支援・障害児相談支援・障害児入所支援の各事業</p> <p>・「身体障害者福祉法」に規定する身体障害者生活訓練等事業、手話通訳事業、介助犬訓練事業、身体障害者社会参加支援施設</p> <p>※ 上記いずれも管理者、サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者、事務員等は該当しません。</p> |
| 期間の計算 | <p>介護職員等又は障害福祉職員としての実務経験、返還免除対象期間等にかかる年数の計算は、以下によることとします。</p> <p>2年=雇用期間730日以上、介護職員等又は障害福祉職員業務従事期間360日以上</p> |

※ 他の国庫補助金（生活福祉資金、母子父子寡婦福祉資金、介護再就職準備金、実務者研修受講資金等）事業を利用している方は本貸付を利用できません。

3. 貸付額、内容

《貸付金額》

20万円以内

《資金使途》

就職に必要な費用が対象になります。

- 子どもの預け先を探す際の活動費
 - 介護にかかる軽微な情報収集、学び直しのための講習会参加経費、参考図書等の購入費等
 - 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靴、道具、鞆等の費用
 - 敷金、礼金、又は転居費など転居に伴う費用
 - 通勤用の自転車又はバイクの購入費
 - その他、必要と認められる経費
- ※ 就職する前（就職日前）に必要な経費です。生活費は対象となりません。

《貸付利子》

無利子（ただし最終返還期限を経過した場合は年3%の延滞利子が付されます）

《貸付回数》

一人当たり1回限り

4. 連帯保証人

原則長崎県内在住で一定の給与・事業収入がある方1名が必要です（同一生計者でも可）。
貸付申込者が未成年の場合、法定代理人（親権者又は後見人）が連帯保証人となります。

5. 貸付申請手続き

貸付けを希望する方は、下記の書類を、県社協介護貸付担当宛て（「13. 申請先・問い合わせ先」参照）郵送して下さい。

※ 就職3か月以後は申請できません。就職の内定時に申請した場合、本件借入後、内定通りに採用されなかった場合は、返還となります。

※ 現在研修中として申請した方は、本件借入後予定通りに修了できなかった場合は、返還となります。

【提出書類】 ※ 下記様式は、県社協ホームページよりダウンロードして作成して下さい。

※ **記入例を参照して、記入漏れがないよう留意して記入して下さい。**

- (1) 申請チェックリスト（様式第1号）：下記一連の書類の記入事項等確認して下さい。
- (2) 貸付申請書兼利用計画書（様式第2号）
- (3) 個人情報の取扱同意書（様式第3号）：申請者・連帯保証人連署
- (4) 借用書（様式第10号）：申請者・連帯保証人連署（自署）、捺印（シャチハタ不可）
※ 日付は記入しないで下さい（県社協が、後日に送金日を補記します）。
※ **金額を書き損じた場合は、再作成して下さい。修正は不可。**
- (5) 振込口座通帳の写し（表紙の裏の写し）
※ 銀行名・支店名・支店コード、口座番号、カタカナ口座名義が記載されているページ。
- (6) 業務従事届（様式第20号）：申請者・事業所連署、事業所捺印
- (7) 申請者の住民票（世帯全員及び続柄の記載があり、かつ個人番号のないもの）
- (8) 連帯保証人の住民票（世帯全員及び続柄の記載があり、かつ個人番号のないもの）
※ 申請者と同一の住民票に記載されている場合は、省略可。
- (9) 研修の受講証明書（様式第5号）：研修施設作成
※ 研修中の方のみ提出。
- (10) 修了した研修の修了証明書の写し（研修中の方は、修了日から3週間以内に追送）

6. 貸付対象者の選定及び審査、送金

【手続きのフロー】

| | | |
|---|------|---|
| ① | 県社協 | 毎月一定期日までに不備なく届いた書類を受け付け後、審査を行い、4週間を目途に審査結果を事業所等を経由して通知します。承認の場合、決定と同時に送金を行い「資金交付通知書」を送付します。 |
| ② | 事業所等 | 内容を確認のうえ、「資金交付通知書」を借受人に渡して下さい。 |
| ③ | 借受人 | 「資金交付通知書」を確認し、通帳で着金確認を行って下さい。 |

- ※ 送金額は、収入印紙額(借入額10万円以下200円、10万円超400円)を差引いた金額です。
- ※ 貸付審査の結果の理由は、開示しません。
- ※ 連帯保証人には、別途資金交付のお知らせを行います。

7. 返還

次の場合には、貸付を受けた就職支援金の全額を原則一括で返還しなければなりません。なおやむを得ない場合は、申請により分割払い（毎月2万円以上の月賦払い）が認められる場合があります。事由発生日から30日以内に、返還計画書（様式第24号）を県社協に提出して下さい。借受人は、県社協が送付した返還通知書に従い、所定の期日までに返還しなければなりません。

- (1) 長崎県内で介護職員等又は障害福祉職員の業務に従事する意思がなくなったとき。
※未就労、他産業への転職、介護職員等又は障害福祉職員以外への職種異動等の場合
※介護職員等から障害福祉職員またはその逆への異動、転職も含む。
- (2) 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とき。
- (3) 虚偽、不正等の方法により本件貸付の申請及び貸付を受けたことが明らかになったとき。
- (4) その他貸付けの目的を達成する見込みがなくなったと認められるとき

8. 返還猶予

次の場合、当該事情が継続している一定期間、返還を猶予することができます。（3）を理由として返還猶予の申請をする場合は、当該事情を証明する〔〕内資料を添付した返還猶予申請書（様式第12号）を提出し、承認を得る必要があります。なお返還猶予できるのは、返還計画書等により既に返還期限が到来していないものに限りです。

- (1) 長崎県内において介護職員等又は障害福祉職員の業務に従事しているとき。
- (2) 他種の養成施設等において修学しているとき。
- (3) 災害、疾病、負傷等やむを得ない事情により返還が困難であると認められるとき。

〔罹災証明、医師の診断書等の当該事情を疎明する資料〕

上記(1)～(3)の事情に該当しなくなった場合は、返還猶予期間中であっても、返還猶予は解除され、返還しなければなりません。上記事情に該当しなくなった日から30日以内に、返還計画書（様式第24号）を県社協に提出して下さい。

9. 返還免除

次の場合、貸付額にかかる返還の債務全額（既に返還を受けた債務を除く）を免除します。

| | |
|-----|---|
| (1) | 長崎県内で就労した日または研修修了日のいずれか遅い日から2年の間、 <u>継続して</u> 介護職員等又は障害福祉職員の業務に従事したとき。 |
| (2) | 介護職員等又は障害福祉職員の業務として従事している期間中に、業務上の理由により死亡し、又は業務に起因する心身の故障のため介護職員等又は障害福祉職員として継続して従事することができなくなったとき。 |

- ※ 2年間の要件は、在職期間が通算730日以上かつ業務従事期間が360日以上です。
- ※ 退職の場合、返還が必要となります。ただし県内で介護職員等から介護職員等または障害福祉職員から障害福祉職員への転職は可能です。その場合、離職期間1か月以内の再就職が必要です。介護職員等から障害福祉職員または障害福祉職員から介護職員等への転職または県外への転職または他業種への転職は返還が必要です。

| | |
|------------|---|
| 転職OK | 介護職員等 ▶ 介護職員等 障害福祉職員 ▶ 障害福祉職員 |
| 転職NG(返還発生) | 介護職員等 ▶ 障害福祉職員 障害福祉職員 ▶ 介護職員等 他業種への転職 |

- ※ 法人内の人事異動等による、長崎県外での介護職員等又は障害福祉職員業務の従事期間は、返還免除対象期間に算入します。
- ※ 他種の養成施設における修学、災害、疾病、負傷等やむを得ない事由により介護職員等又は障害福祉職員の業務に従事できない期間が生じた場合は、一定期間返還猶予としますが、返還免除対象期間には算入しません。
- ※ 県社協が返還免除期間の満了を業務従事届により確認できた場合、返還免除承認通知書を送付します。その送付をもって返還免除とします。
- ※ 上記(2)に該当する場合は、返還免除申請書(様式第21号)に死亡届(死亡診断書写し又は戸籍抄本写し等を含む)又は医師の診断書等の当該事情を証明する資料を添付し申請して下さい。

10. 貸付後の届け出義務等

- (1) 定期報告(就労確認)

毎年一定時期(6月頃)に、就労状況の確認依頼を行います。依頼内容に従い、業務従事届に必要な事項を記入、必要書類を添付して報告して下さい。
- (2) 随時報告(各種異動発生時)

住所、氏名の変更、就労先の変更、退職、退職等の場合は、事由が発生した日から30日以内に報告が必要です。
- (3) 契約解除、返還及び返還の猶予、免除の申請

前記7～9に該当する場合は、事由が発生した日から30日以内に申請が必要です。

注意：上記報告を怠ったことにより返還猶予事由が継続しているか等の状況が確認できない場合は、返還猶予が認められず、全額の返還が必要となります。

11. 貸付後の各種事由による手続き

借受人は、返還の免除又は返還を完了するまで各種届け出を行う必要があります。これらの届け出等は、返還の免除や猶予などの申請を行う場合の重要な証拠書類となり、届け出を怠ると返還の免除や猶予が受けられなくなることがありますので、事実の発生した日から30日以内に必ず届け出を行うようにしてください。

| | 事由 | 提出書類名 | 添付書類 | 備考 |
|---|--|----------------------|---------------------|----------------------|
| 1 | 氏名・住所等が変わったとき | 住所・氏名・その他変更届（様式第26号） | 新住民票、その他事項の証明書 | 連帯保証人の変更も届出が必要です。 |
| 2 | 県内の介護等事業所に転職したとき | 退職届（様式第25号） | | |
| | | 業務従事届（様式第20号） | | |
| 3 | 県内で返還免除対象業務に従事しなくなったとき ※上記2に当たる転職をしないとき | 退職届（様式第25号） | | |
| | | 返還計画書（様式第24号） | | 分割返還の場合 |
| 4 | 災害、疾病、負傷、その他やむを得ない事情により、介護等業務の継続従事が困難になったとき | 返還猶予申請書（様式第12号） | 罹患証明、医師の診断書等の写し | |
| 5 | 業務に起因する心身の故障のため、介護職員等としての継続従事ができなくなったとき | 返還免除申請書（様式第21号） | 医師の診断書、身体障害者手帳の写しなど | |
| 6 | 業務上の理由により死亡したとき | 返還免除申請書（様式第21号） | | |
| | | 死亡届（様式第27号） | 死亡診断書の写し又は戸籍抄本等 | |
| 7 | 死亡したとき | 死亡届（様式第27号） | 死亡診断書の写し又は戸籍抄本等 | 連帯保証人の死亡の場合も届出が必要です。 |
| 8 | 連帯保証人を変更するとき | 連帯保証人変更申請書（様式第28号） | 印鑑証明書（3か月以内のもの） | |

12. 規程、手引き、様式リンク集

長崎県社会福祉協議会ホームページよりダウンロードできます。

- ・長崎県介護・障害福祉分野就職支援金貸付規程
- ・長崎県介護・障害福祉分野就職支援金貸付事業の手引き
- ・各種様式（下記一覧）

| 様式No. | 様式名（略称） |
|-------|--------------------|
| 第 1号 | 申請チェックリスト（就職支援金） |
| 第 2号 | 貸付申請書兼利用計画書（就職支援金） |
| 第 3号 | 個人情報取扱同意書 |
| 第 5号 | 研修受講証明書（就職支援金） |
| 第10号 | 借用書（就職支援金） |
| 第12号 | 返還猶予申請書 |
| 第20号 | 業務従事届（就職支援金） |
| 第21号 | 返還免除申請書 |
| 第24号 | 返還計画書 |
| 第25号 | 退職届 |
| 第26号 | 住所・氏名・その他変更届 |
| 第27号 | 死亡届 |
| 第28号 | 連帯保証人変更申請書 |

13. 申請先・問い合わせ先

この事業に関する問い合わせ先、申請書の送付先は、次の通りです。

【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
社会福祉法人 長崎県社会福祉協議会 welなが（いくしのお仕事ステーション）
介護貸付担当 宛て
TEL 095-846-8656

14. 参考（介護職員等について）

介護職員等として認められる対象施設・事業所等種別、職種は、次の通りです。

| 介護職員等（介護保険法23条等関係の施設・事業と対象職種） | | |
|---|---|--|
| 対象施設・事業所等種別 | | 対象職種 |
| 〈居宅（介護予防）サービス〉 ・訪問介護 ・（介護予防）訪問入浴介護 ・（介護予防）訪問看護 ・通所介護 ・（介護予防）通所リハビリテーション ・（介護予防）短期入所生活介護 ・（介護予防）短期入所療養介護 ・（介護予防）特定施設入居者生活介護 〈施設サービス〉 ・介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） ・介護老人保健施設 ・介護医療院 | 〈地域密着型（介護予防）サービス〉 ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ・夜間対応型訪問介護 ・（介護予防）認知症対応型通所介護 ・（介護予防）小規模多機能型居宅介護 ・（介護予防）認知症対応型共同生活介護 ・地域密着型特定施設入居者生活介護 ・地域密着型介護老人福祉施設 ・看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス） ・地域密着型通所介護 〈介護予防・日常生活支援総合事業〉 ・第1号通所事業 ・第1号訪問事業 | 主たる業務が介護等の業務である者 ・介護職員 ・介護従事者 ・介護従業者 ・介助員 ・訪問介護員 ・ホームヘルパー（サービス提供責任者としての業務は対象外） ・看護補助者（空床時のベッドメイキングや検体の運搬など間接的な業務のみに従事する方は対象外） |

《注意事項》

- ※ 他の業務も兼務している方のうち、「主たる業務が介護等の業務である方」も含まれますが、この場合、そのことが辞令等により明確になっている必要があります。また主たるとは概ね8割以上勤務していることを目安とします。
- ※ 次に掲げる職種は、認められません。
 1. 「人員配置基準」「運営要綱」等に示された、主たる業務が介護等の業務と認められない職種
 - ・生活相談員、支援相談員などの相談援助業務を行なう職種
 - ・医師、看護師、准看護師
 - ・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などの機能訓練担当職員（当該業務を補助する方を含む）
 - ・心理指導担当職員、作業指導員、職業指導員
 - ・事務員、介護支援専門員、調理員、栄養士、計画作成担当者、福祉用具専門相談員
 2. 主たる業務が介護等の業務でないことが明確な職種
 例：相談員、警備員、運転手、用務員、清掃員、あん摩マッサージ指圧師

申請チェックリスト（就職支援金）

この様式は、申請者と施設・事業所の担当者が、必要な様式が揃っているかをそれぞれ確認するためのものです。確認後に、必要書類一式を県社協に送付ください。

| | | | |
|---------|--|-----------|--|
| 施設・事業所名 | | 申請者 氏名 | |
| 施設担当者名 | | | |

【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。**

特に下記網掛け（黄色）部分は、**しっかりチェックして下さい**

| | | | 申請者チェック欄 | 事業所チェック欄 |
|-----|-----------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1号 | 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 | 貸付申請書兼利用 計画書 | 利用計画の☑漏れはないか | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 申請金額は20万円以下、千円単位か | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 研修状況の記入漏れはないか | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 就職状況の記載漏れはないか | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3号 | 個人情報の取扱同意書 | 署名したか：2か所（申請者、連帯保証人） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5号 | 研修受講証明書 | 記入漏れはないか ※研修が修了している方は提出不要。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10号 | 借用書 | 日付は空欄のままか | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 借用総額は、様式2号申請書と同一か(20万円以下、千円単位) 金額の訂正は行ってないか（訂正不可、要再作成） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 振込口座欄の漏れはないか | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 署名・押印（シャチハタ不可）したか：2か所（申請者、連帯保証人） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 住所の記入漏れは無いか：申請者、連帯保証人 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| － | 振込口座通帳の表紙の裏の写し | 銀行名・支店名・支店コード、口座番号、カタカナ口座名義が確認できるか | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20号 | 業務従事届 | 署名したか：2か所（申請者、事業所） 事業所の公印を押しているか | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 就職先の連絡担当者名は記入しているか | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 事業・サービスの区分に記入（☑）しているか | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| － | 住民票（申請者） | 世帯の全部。続柄を含む。個人番号は含めない。3か月以内に取得した原本。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| － | 住民票（連帯保証人） | 世帯の全部。続柄を含む。個人番号は含めない。3か月以内に取得した原本。※申請者と同一の住民票に記載されている場合は、省略可 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| － | 修了した研修の修了証明書の写し | ※研修中の方は、修了日から3週間以内に追送 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

記入例(白地様式は次頁)

様式第2号 (就職支援金)

貸付申請書兼利用計画書 (長崎県介護・障害福祉分野就職支援金)

令和 **8** 年 **10** 月 **2** 日

長崎県社会福祉協議会会長 様

下記のとおり標記の貸付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

またこれまで介護職員及び障害福祉職員いずれも実務経験がないことを誓約します。

| | | | | | | |
|---------|------|---|----------------------|--|---|---------------------|
| 申請者(自署) | フリガナ | シマバラ ハナコ | | ※性別 | 生年月日 | |
| | 氏名 | 島原 花子 | | 男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/> | 昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成 56 年 4 月 10 日生 (45 歳) | |
| | 現住所 | 〒 852-9999 長崎市浦上町 7777 | | | | |
| | | 携帯電話 | 090(9999)9999 | | 自宅電話 | 095(999)9999 |

| | |
|---|--|
| 就職(予定)分野 (該当する□にチェック (☑)) | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 介護職員等 | ※左記チェック (☑) 以外の分野に転職した場合は、返還になります。 (返還になる例) |
| <input type="checkbox"/> 障害福祉職員 | 介護職員等▶障害福祉職員、障害福祉職員▶介護職員等、その他別分野への転職 |

| | | |
|-----------------------------|---|------------------------------------|
| 貸付希望額 | 金 200,000 円 | ※ 下記利用計画で必要とする範囲で、200,000 円以内、千円単位 |
| 利用計画 (借入の目的。 該当する□に☑) | <input type="checkbox"/> 子どもの預け先を探す際の活動費 <input checked="" type="checkbox"/> 介護にかかる軽微な情報収集や学び直しのための講習会参加経費又は参考図書等の購入費 <input checked="" type="checkbox"/> 靴や訪問介護員等として利用者の居室を訪問する際に必要となる道具又は靴等の被服費 <input type="checkbox"/> 敷金、礼金又は転居費など転居に伴う費用 <input checked="" type="checkbox"/> 通勤用の自転車又はバイクの購入費 <input type="checkbox"/> その他 () | |

| | | | | | |
|---------|------------------|---|-------------------------|--|------|
| 連帯保証予定者 | 連帯保証予定者 (申請者が記入) | | | | |
| | フリガナ | ゴトウ タロウ | | 生年月日 | |
| | 氏名 | 五島 太郎 | | 昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成 51 年 3 月 5 日生 (50 歳) | |
| | 住所等 | 〒 852-8999 長崎市山里町 4444 | | | |
| | | 携帯電話 | 090 (999) 5555 | | 自宅電話 |
| | 勤務先 名称 住所等 | 名称 | 山里商事株式会社 | | 勤務形態 |

| | | | |
|-------|--------------------|--------|----------|
| 年間収入額 | 4,326,000 円 | 本人との続柄 | 兄 |
|-------|--------------------|--------|----------|

| | | | | | |
|------|-------|--|---|---|--|
| 研修状況 | 学校の名称 | あじさい学院 長崎教室 | | ※ 研修受講(予定) 証明書から転記して下さい。 受講開始日は、開始済みの場合は「開始日」、開始前の場合は「申込日」を記入。 | |
| | 研修種類 | <input checked="" type="checkbox"/> 介護職員初任者研修、 <input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| | 受講期間 | 受講開始日 | ~ | | 研修修了日 (<input checked="" type="checkbox"/> 済、 <input type="checkbox"/> 見込み) |
| | | 令和 8 年 6 月 1 日 | | | 令和 8 年 9 月 1 日 |

※ 受講申込、修了等状況について、長崎県社会福祉協議会から学校に照会することに同意します。

| | | | | |
|------|---------|--|---------|---------------------------------------|
| 就職状況 | 法人名 | 社会福祉法人 茂里会 | 施設・事業所名 | 特別養護老人ホーム もいまち |
| | 入社(予定)日 | <input checked="" type="checkbox"/> 内定中、 <input type="checkbox"/> 入社済み | | 令和 8 年 10 月 20 日 |

※性別、年号等選択項目は、該当項目を丸で囲って下さい。□の選択項目は、該当項目をチェック☑して下さい。

| | | | | |
|------------|----|----|----|------|
| 県社協 使用欄 | 一次 | 二次 | 入力 | 貸付番号 |
| | | | | |

貸付申請書兼利用計画書（長崎県介護・障害福祉分野就職支援金）

令和 年 月 日

長崎県社会福祉協議会会長 様

下記のとおり標記の貸付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

またこれまで介護職員等及び障害福祉職員いずれも実務経験がないことを誓約します。

| | | | | | | |
|---------|------|---------|--|------|-------|------------|
| 申請者（自署） | フリガナ | | | ※性別 | 生年月日 | |
| | 氏名 | | | 男・女 | 昭和・平成 | 年 月 日生（ 歳） |
| | 現住所 | 〒 _____ | | | | |
| | 携帯電話 | () | | 自宅電話 | () | |

| | |
|---------------------------------|--|
| 就職（予定）分野 （該当する□にチェック（☑）） | |
| <input type="checkbox"/> 介護職員等 | ※左記チェック（☑）以外の分野に転職した場合は、返還になります。 （返還になる例） 介護職員等 ▶ 障害福祉職員、障害福祉職員 ▶ 介護職員等、その他別分野への転職 |
| <input type="checkbox"/> 障害福祉職員 | |

| | | |
|-----------------------------|--|------------------------------------|
| 貸付希望額 | 金 ,000 円 | ※ 下記利用計画で必要とする範囲で、200,000 円以内、千円単位 |
| 利用計画 （借入の目的。 該当する□に✓） | <input type="checkbox"/> 子どもの預け先を探す際の活動費 <input type="checkbox"/> 介護にかかる軽微な情報収集や学び直しのための講習会参加経費又は参考図書等の購入費 <input type="checkbox"/> 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靴等の被服費 <input type="checkbox"/> 敷金、礼金又は転居費など転居に伴う費用 <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 () | |

| | | | | |
|---------|------------------|---------|----------|--|
| 連帯保証予定者 | 連帯保証予定者（申請者が記入） | | | |
| | フリガナ | | | 生年月日 |
| | 氏名 | | | 昭和・平成 年 月 日生（ 歳） |
| | 住所等 | 〒 _____ | | |
| | | 携帯電話 | () | 自宅電話 () |
| | 勤務先 名称 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 | | |

| | | | | | |
|---|----------|---|---|--|--|
| 研修状況 | 学校の名称 | | | ※ 研修受講（予定） 証明書から転記して 下さい。 受講開始日は、開始 済みの場合は「開始 日」、開始前の場合は 「申込日」を記入。 | |
| | 研修種類 | <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修、 <input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| | 受講 期間 | 受講開始日 | ~ | | 研修修了日（ <input type="checkbox"/> 済、 <input type="checkbox"/> 見込み） |
| | | 令和 年 月 日 | | | 令和 年 月 日 |
| ※ 受講申込、修了等状況について、長崎県社会福祉協議会から学校に照会することに同意します。 | | | | | |

| | | | | | | |
|------|-------------|---|--|-------------|--|--|
| 就職状況 | 法人名 | | | 施設・事 業所名 | | |
| | 入社（予定） 日 | <input type="checkbox"/> 内定中、 <input type="checkbox"/> 入社済み | | 令和 年 月 日 | | |

※性別、年号等選択項目は、該当項目を丸で囲って下さい。□の選択項目は、該当項目をチェック☑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 連帯保証人
(本人自筆)

※ 貸付申請者、連帯保証人各々について署名し、日付を記載して下さい。

研修受講証明書

令和 年 月 日

長崎県社会福祉協議会長 様

| | | |
|------------|-----------------|-----------------------|
| 研修 受講施設 | 住所 (施設の所在地) | 〒 _____ 電話 () |
| | 名称 | |
| | 施設等の長の職 及び氏名 | Ⓜ |
| | (連絡担当者氏名) | |

下記の者は、本研修施設で実施している研修の受講者であることを証明いたします。

| | | | | |
|--------------------------------|---|----------|--|--------|
| 氏名 | | 生年 月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 | 年 月 日生 |
| 研修種類 | <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修、 <input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| 受講開始日 | 令和 年 月 日 | | | |
| 研修修了日 | 令和 年 月 日 | | | |
| この研修の受講は 公共職業訓練又は求職者支援訓練制度を | | | <input type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 利用していない | |
| 受講者は介護・障害福祉分野の実務経験が | | | <input type="checkbox"/> 有、 <input type="checkbox"/> 無 ※研修申込者、聴取等で確認ください。 | |

※ 研修修了が遅延または退学が生じた場合は、県社協へご連絡ください。

記入例(白地様式は次頁)

様式第10号(就職支援金)

| | |
|------------|--|
| 県社協 使用欄 | |
| | <input type="checkbox"/> 介護、 <input type="checkbox"/> 障害 |

借用書

(長崎県介護・障害福祉分野就職支援金)

| | |
|---------------------|----|
| 借入日 (県社協が送金日を補記) | 令和 |
|---------------------|----|

長崎県社会福祉協議会会長 様

記入不要(必ず空欄のままにしておいて下さい)

私は、次のとおり長崎県介護・障害福祉分野就職支援金の貸付けを受けるにあたり、その貸付金を下記口座へ振り込むことをお願いします。また貴会の貸付規程等の規定に従い、長崎県内において介護職員等又は障害福祉職員として継続的に従事することを誓約します。

虚偽その他不正な方法により本件貸付の申請及び貸付を受けたことが明らかになったときなど貴会の貸付規程等により返還の債務が生じた場合は、その規程に従い返還いたします。

金額の修正は、修正印でも不可です(修正が必要な場合は、再度新しい用紙で再作成して下さい)。

また下記要件により返還金の支払期日と交付方法が、当該事情に該当しなくなった場合には、記載猶予期間内にかかわらず返還します。

| | | |
|-----------|--|---|
| 借用総額 | 金 200,000 円 | (上限 200,000 円で千円単位) ※様式第2号申請書記載の借入希望金額と同一 ※金額の訂正は不可。修正が必要な場合は、再作成して下さい。 |
| 貸付けを受ける分野 | <input checked="" type="checkbox"/> 介護分野 (介護職員等として従事) <input type="checkbox"/> 障害福祉分野 (障害福祉職員として従事) | |
| 返還猶予期間 | 就労した日または研修修了日のいずれか遅い日から2年経過応当日まで 就職先の分野に照らし、該当する分野にチェックをつけてください。 | |
| 返還猶予要件 | 長崎県内において介護職員等又は障害福祉職員として継続的に従事していること | |

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 | シマバラ ハナコ |

借付金の振込については、収入印紙相当額を差引いた金額の振込をお願いします。

| | | |
|-------------|----|------------|
| 借受人 (自署) | 住所 | 長崎市浦上町7777 |
| | 氏名 | 島原 花子 |

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。

シャチハタ不可

| | | |
|-----------|----|------------|
| 連帯保 証人 | 住所 | 長崎市山里町4444 |
| | 氏名 | 五島 太郎 |

記入漏れがないようにして下さい。

| | |
|------------|--|
| 県社協 使用欄 | |
| | <input type="checkbox"/> 介護、 <input type="checkbox"/> 障害 |

借用書

(長崎県介護・障害福祉分野就職支援金)

| | |
|---------------------|----|
| 借入日 (県社協が送金日を補記) | 令和 |
|---------------------|----|

長崎県社会福祉協議会会長 様

私は、次のとおり長崎県介護・障害福祉分野就職支援金の貸付けを受けるにあたり、その貸付金を下記口座へ振り込むことをお願いします。また貴会の貸付規程等の規定に従い、長崎県内において介護職員等又は障害福祉職員に継続的に従事することを誓約します。

虚偽その他不正な方法により本件貸付の申請及び貸付を受けたことが明らかになったときなど貴会の貸付規程等により返還の債務が生じた場合は、その規定に従い返還いたします。

また下記要件により返還金の支払猶予を受けますが、当該事情に該当しなくなった場合には、下記猶予期間内にかかわらず返還します。

| | | |
|-----------|---|---|
| 借用総額 | 金 円 | (上限 200,000 円で千円単位) ※様式第2号申請書記載の借入希望金額と同一 ※金額の訂正は不可。修正が必要な場合は、再作成して下さい。 |
| 貸付けを受ける分野 | <input type="checkbox"/> 介護分野 (介護職員等として従事) <input type="checkbox"/> 障害福祉分野 (障害福祉職員として従事) | |
| 返還猶予期間 | 就労した日または研修修了日のいずれか遅い日から2年経過応当日まで | |
| 返還猶予要件 | 長崎県内において介護職員等又は障害福祉職員として継続的に従事していること | |

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 | | |

借用金の振込については、収入印紙相当額を差引いた金額の振込をお願いします。

| | | |
|-------------|----|-----|
| 借受人 (自署) | 住所 | |
| | 氏名 | (印) |

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 | (印) |

業務従事届（就職支援金）

貸付番号
（県社協使用欄）

長崎県社会福祉協議会会長 様

| | | | |
|-------------------------|--|---|-------------------|
| 住所等 | 〒852-9999 長崎市浦上町 7777 携帯電話 090 (9999) 9999 自宅電話 095 (999) 9999 | | |
| 氏名 | 島原 花子 | 生年月日 | 昭和 平成 56年 4月 10日生 |
| 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 |
| 従事先住所等 | 〒852-8999 長崎市茂里町99-99 | | 電話 095 (999) 8888 |
| 事業・サービスの区分 (該当する□に✓) | <input checked="" type="checkbox"/> 介護分野 介護保険事業所番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 介護保険法 23 条等に係る下記サービス： <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護、 <input type="checkbox"/> 短期入所、 <input type="checkbox"/> 通所介護、 <input type="checkbox"/> 通所リハ、 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設（特養） <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設（老健）、 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> その他（ ） | <input type="checkbox"/> 「障害者総合支援法」に規定する障害福祉サービス事業、 <input type="checkbox"/> 居宅介護、 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護、 <input type="checkbox"/> 同行援護、 <input type="checkbox"/> 行動援護、 <input type="checkbox"/> 療養介護、 <input type="checkbox"/> 生活介護、 <input type="checkbox"/> 短期入所、 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援、 <input type="checkbox"/> 施設入所支援、 <input type="checkbox"/> 自立訓練、 <input type="checkbox"/> 就労移行支援、 <input type="checkbox"/> 就労継続支援、 <input type="checkbox"/> 就労定着支援、 <input type="checkbox"/> 自立生活援助、 <input type="checkbox"/> 共同生活援助 <input type="checkbox"/> 「障害者総合支援法」に規定する一般・特定相談支援事業、地域活動支援センター、 地域生活支援事業、基幹相談支援センター <input type="checkbox"/> 「児童福祉法」に規定する障害児通所支援・障害児相談支援・障害児入所支援の各事業 <input type="checkbox"/> 「身体障害者福祉法」に規定する身体障害者生活訓練等事業、手話通訳事業、介助犬訓練事業、 身体障害者社会参加支援施設 | |
| 職種 | <input checked="" 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 | 年間の介護等従事日数が 180 日 | <input checked="" type="checkbox"/> 以上 <input type="checkbox"/> 未満 | |
| 入社（予定）年月日 | <input checked="" type="checkbox"/> 内定中、 <input type="checkbox"/> 入社済み | 入社（予定）日 | 令和 8 年 10 月 20 日 |
| 入社前の介護・障害福祉分野での実務経験 | <input checked="" type="checkbox"/> 無、 <input type="checkbox"/> 有 ※ 業務従事先では、履歴書、職歴表等から確認してください。 | | |
| 採用後の休職の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※ 「有」の場合は、備考に内容を記入 | | |
| 備考 | | | |

私は上記のとおり業務に従事する予定または従事していますので、お届けします。

令和 8 年 10 月 2 日

氏名 島原 花子
(本人自筆)

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 7 年 10 月 2 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99-99
ヘルパーステーション茂里町
施設長 茂里太郎

公印

茂里町
施設長
公印

業務従事届（就職支援金）

| | |
|------------------|--|
| 貸付番号 (県社協使用欄) | |
|------------------|--|

長崎県社会福祉協議会会長 様

| | | | |
|-----|----------|----------|--------------|
| 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 |

| | | | |
|-----------------------------|---|--|-----------------------------|
| 法人名 | | | (連絡担当者名) |
| 施設・事業所名 | | | |
| 従事先住所等 | 〒 _____ | | 電話 () |
| 事業・サービスの区分 (該当する □に✓) | <input type="checkbox"/> 介護分野 | 介護保険事業所番号 介護保険法23条等に係る下記サービス： <input type="checkbox"/> 訪問介護、 <input type="checkbox"/> 短期入所、 <input type="checkbox"/> 通所介護、 <input type="checkbox"/> 通所リハ、 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設（特養） <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設（老健）、 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| | <input type="checkbox"/> 障害福祉分野 | <input type="checkbox"/> 「障害者総合支援法」に規定する障害福祉サービス事業、 <input type="checkbox"/> 居宅介護、 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護、 <input type="checkbox"/> 同行援護、 <input type="checkbox"/> 行動援護、 <input type="checkbox"/> 療養介護、 <input type="checkbox"/> 生活介護、 <input type="checkbox"/> 短期入所、 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援、 <input type="checkbox"/> 施設入所支援、 <input type="checkbox"/> 自立訓練、 <input type="checkbox"/> 就労移行支援、 <input type="checkbox"/> 就労継続支援、 <input type="checkbox"/> 就労定着支援、 <input type="checkbox"/> 自立生活援助、 <input type="checkbox"/> 共同生活援助 <input type="checkbox"/> 「障害者総合支援法」に規定する一般・特定相談支援事業、地域活動支援センター、 地域生活支援事業、基幹相談支援センター <input type="checkbox"/> 「児童福祉法」に規定する障害児通所支援・障害児相談支援・障害児入所支援の各事業 <input type="checkbox"/> 「身体障害者福祉法」に規定する身体障害者生活訓練等事業、手話通訳事業、介助犬訓練事業、身体障害者社会参加支援施設 | |
| 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 | 年間の介護等従事日数が180日 | <input type="checkbox"/> 以上 | <input type="checkbox"/> 未満 |
| 入社（予定）年月日 | <input type="checkbox"/> 内定中、 <input type="checkbox"/> 入社済み | 入社（予定日） | 令和 年 月 日 |
| 入社前の介護・障害福祉分野での実務経験 | <input type="checkbox"/> 無、 <input type="checkbox"/> 有 ※ 業務従事先では、履歴書、職歴表等から確認してください。 | | |
| 採用後の休職の有無 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※「有」の場合は、備考に内容を記入 | | |
| 備考 | | | |

私は上記のとおり業務に従事する予定または従事していますので、お届けします。

令和 年 月 日 氏名 (本人自筆)

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



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

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 | 年間換算での介護等従事日数が180日 | <input type="checkbox"/> 以上 <input type="checkbox"/> 未満 | |
| | 採用年月日 | 平成・令和 年 月 日 | | |
| | 退職年月日 | 令和 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

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

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

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。

返還猶予申請書（就職支援金）

長崎県社会福祉協議会会長 様

| | | | |
|------|-------------------------|---------------|-------|
| 貸付番号 | 7KF999 | 氏名 | 佐々 花子 |
| 住所等 | 〒852-9999 長崎市山里町1212 | | |
| | 携帯電話 | 090(9999)9999 | 自宅電話 |
| 事業所名 | ヘルパーステーション茂里町 | | |

| | | | |
|--------------------------------|--|------|-----------|
| 借入日 | 平成・令和 7年 6月 25日 | 借用総額 | 195,000 円 |
| 借入時の返還猶予期間 | 就労した日または研修修了日のいずれか遅い日から2年経過応当日まで | | |
| 借入時の返還猶予要件 | 長崎県内において介護職員等又は障害福祉職員として継続的に従事していること | | |
| 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 8年 12月 10日 から 令和 9年 5月 10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) 骨折により、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 8年 12月 12日

貸付申請者
(本人自筆)

長崎 花子

返還猶予申請書（就職支援金）

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 () |
| 事業所名 | | | |

| | | | |
|--------------------------------|--------------------------------------|------|---|
| 借入日 | 平成・令和 年 月 日 | 借用総額 | 円 |
| 借入時の返還猶予期間 | 就労した日または研修修了日のいずれか遅い日から2年経過応当日まで | | |
| 借入時の返還猶予要件 | 長崎県内において介護職員等又は障害福祉職員として継続的に従事していること | | |
| 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)

返還免除申請書(就職支援金)

長崎県社会福祉協議会会長 様

| | | | |
|---------|---|------|-----------------|
| 貸付番号 | 6KF999 | | |
| 住所等 | 〒852-9999 長崎市浦上町6666 携帯電話090(9999)9999 自宅電話095(999)9999 | | |
| 氏名 | 波佐見 花子 | 生年月日 | 昭和 平成56年 4月10日生 |
| 就職日 | 令和 5年 6月 20日 | | |
| 施設・事業所名 | ヘルパーステーション茂里町 | | |

| | | | |
|------------------------|--|---------|----------|
| 借入日 | 令和 6年 6月 25日 | 借用総額 | 195,000円 |
| | | 返還済額 | 0円 |
| | | 返還免除申請額 | 195,000円 |
| 申請理由 該当番号を○で囲んで下さい。 | 貸付規程の下記の事由に該当するため 1. 長崎県内で就労した日または研修修了日のいずれか遅い日から2年の間継続して介護職員等又は障害福祉職員の業務に従事したため。 2. 介護職員等又は障害福祉職員の業務に従事している期間中に、業務上の理由により死亡し、又は業務に起因する心身の故障のため介護職員等又は障害福祉職員として継続して従事することができなくなったため。 | | |
| 備考 | 証明書類として、身体障害者手帳(写し)を添付します。 | | |

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(様式第20号)
理由2の場合、その事実を証明する書類

私は次のとおり就職支援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 8年 6月 28日

貸付申請者
(本人自筆)

波佐見 花子

返還免除申請書（就職支援金）

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 |
| 就職日 | 令和 年 月 日 | | |
| 施設・事業所名 | | | |

| 借入日 | 令和 年 月 日 | 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。 | 貸付規程の下記の事由に該当するため 1. 長崎県内で就労した日または研修修了日のいずれか遅い日から2年の間継続して介護職員等又は障害福祉職員の業務に従事したため。 2. 介護職員等又は障害福祉職員の業務に従事している期間中に、業務上の理由により死亡し、又は業務に起因する心身の故障のため介護職員等又は障害福祉職員として継続して従事することができなくなったため。 | | |
| 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（様式第20号）
理由2の場合、その事実を証明する書類

私は次のとおり就職支援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)

返還計画書

令和 8 年 6 月 25 日

長崎県社会福祉協議会会長 様

| | | | |
|------|--|------|----------------------|
| 貸付番号 | 6KF999 | | |
| 住所等 | 〒852-9999 長崎市浦上町 1010 携帯電話 090 (9999) 9999 自宅電話 095 (999) 9999 | | |
| 氏名 | 対馬 花子 | 生年月日 | 昭和 平成 55 年 4 月 10 日生 |

次のとおり返還計画書を提出します。

| | | | |
|--|---|---|--|
| 返還すべき額 | 185,000 円 | | |
| 最終期限 | 令和 9 年 1 月まで | | |
| 返還方法 <small>該当番号を○で囲んで下さい。 分割の場合、右欄に内容を記入して下さい。</small> | 一括 分割 | 分割方法：初回 令和 8 年 7 月に 35,000 円返還 令和 8 年 8 月から 令和 9 年 12 月まで毎月 25,000 円返還 最終期限に 25,000 円返還し完済する。 | |
| 返還理由 <small>該当番号を○で囲んで下さい。</small> | 1. 貸付契約の解除 2. 返還免除対象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） | | |
| 就職先 | (名称) (住所) 〒 _____ (職種) _____ 電話 () _____ (就職日) _____ 年 月 日 | | |

【連帯保証人が2名の場合使用】

[連帯保証人]

住所等 〒852-8999
長崎市茂里町 8888
携帯電話 090 (999) 5555
自宅電話 095 (999) 2222
氏名 浦上 太郎

[連帯保証人]

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

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 | 4KG0005 | | |
| 住所等 | 〒857-1174 佐世保市天神5丁目32番3号 携帯電話 090-7461-8256 自宅電話 0956-59-6454 | | |
| 氏名 | | 生年月日 | 昭和 一平成 32年 7月25日生 |

次のとおり返還計画書を提出します。

| | | | |
|--|--|---|--|
| 返還すべき額 | 200,000 円 | | |
| 最終期限 | 令和 7 年 9 月まで | | |
| 返還方法 <small>該当番号を○で囲んで下さい。 分割の場合、右欄に内容を記入して下さい。</small> | 一括 分割 | 初回 令和 6年 12月に 令和 年 月から令和 年 月まで毎月 円返還 円返還 | |
| 返還理由 <small>該当番号を○で囲んで下さい。</small> | 1. 貸付契約の解除 2. 返還免除対象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 ） | | |
| 就職先 | (名称) (住所) 〒 _____ (職種) | 電話 () (就職日) 年 月 日 | |

【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

[連帯保証人]

住所等 〒 _____

携帯電話 ()

自宅電話 ()

氏名

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。

死 亡 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 | | 借受人氏名 | |
| 届出人 | 関係 | <input type="checkbox"/> 借受人、 <input type="checkbox"/> 連帯保証人、 <input type="checkbox"/> その他 遺族等 | |
| | 現住所 等 | 〒 _____ 携帯電話 () 自宅電話 () | |
| | 氏名 | | |

下記のとおり死亡しましたので、お届けします。

| | | | |
|-----|-----------------------------|--|--|
| 死亡者 | 死亡時の住所等 | 〒 _____ 電話 () | |
| | 氏 名 | | |
| | 死亡年月日 | 令和 年 月 日 | |
| | 死亡理由 | | |
| | 業務従事先 (死亡者が借受人の場合 のみ) | 名 称 | |

注) 死亡診断書の写しまたは戸籍抄本等を添付してください。

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 (印)

【現在の連帯保証人】

現住所 〒 _____

氏名 (印)

| | | | |
|------------------|------------------------------|----------------------|--|
| 貸付番号 (県社協使用欄) | | 借入日 | 平成・令和 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 | (印) | 昭和・平成 年 月 日生 (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。

【申請・問い合わせ先】

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

〒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