

返還計画書

令和 10 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 19 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 14 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 ・ 分割	最終期限： 令和 14 年 3 月まで 分割方法：初回 令和 10 年 4 月に 35,000 円返還 令和 10 年 5 月から 令和 14 年 3 月まで毎月 35,000 円返還 最終期限に 35,000 円返還し完済する。	
※返還金 振込先	口座名義：社会福祉法人 長崎県社会福祉協議会 金融機関：十八親和銀行 〈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 〒 852-9999
長崎市茂里町 99-99

[連帯保証人]

住所等 〒 —

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

携帯電話 ()
自宅電話 ()

氏 名 長崎 太郎
(自署)

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。
様式第24号（長崎県介護福祉士修学資金等貸付共通）

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 ・ 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		口座名義：社会福祉法人 長崎県社会福祉協議会 金融機関：十八親和銀行 〈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 〒 _____

[連帯保証人]
住所等 〒 _____

携帯電話 ()
自宅電話 ()

携帯電話 ()
自宅電話 ()

氏 名
(自署)

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、