

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。

借受人 (自署)	住所	
	氏名	Ⓜ

※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 (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	〒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 () ※ 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 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。	<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。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 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 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。

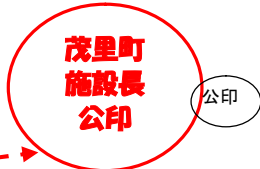
最終 従事 先 ・ 勤務 状況	法人名	社会福祉法人 茂里会	
	施設・事業所名	ヘルパーステーション茂里町	
	住所等	〒852-9999 長崎市茂里町66-66 電話 095(666) 6666	
	従業員名	長崎 花子	昭和・平成 19年 6月 3日生
	職種	<input checked="" type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員以外()	
	雇用形態	年間換算での介護従事日数が180日	<input checked="" type="checkbox"/> 以上 <input type="checkbox"/> 未満
	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 〒 ー

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)		
	2 停学 (年 月 日から 年 月 日まで)		
	3 復学 (年 月 日)		
	4 留年 (年 月 日から 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 〒 ー

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	