

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 6 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	ナガサキ ハナコ		※性別	生年月日	
	氏名	長崎 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 (42歳)	
	現住所	〒852-9999 長崎市浦上町99-99		携帯電話	090(9999)9999	自宅電話

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 ()	

連帯保証人(自署)	連 帯 保 証 人						
	フリガナ	ヤマザト タロウ		生年月日			
	氏名	山里 太郎		昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成51年 3月 5日生 (47歳)			
	住所等	〒852-8999 長崎市山里町99-99		携帯電話	090(999)5555	自宅電話	095(9999)2222
	勤務先名称住所等	名称	山里商事株式会社		勤務形態	<input checked="" 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	
		〒852-8999	電話		095(999)6666		
	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。	
	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。	
	受講期間	受講開始日	令和 6年 6月 1日	研修修了日(<input checked="" type="checkbox"/> 済、 <input type="checkbox"/> 見込み)	令和 6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 6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 type="checkbox"/> 通勤用の自転車又はバイクの購入費 <input type="checkbox"/> その他 ()	

連帯保証人（自署）	連 帯 保 証 人			
	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。