

長崎県介護福祉士実務者研修受講資金
貸付事業の手引き

令和5年4月

社会福祉法人 長崎県社会福祉協議会

〈 目次 〉

項目	頁	
1. 貸付の概要	1	
1. 目的、実施主体	1	
2. 貸付対象者	1	
3. 貸付額、条件	1	
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	4	
9. 返還免除	5	
10. 貸付後の届け出義務等	5	
11. 貸付後の各種事由による手続きのフロー	6	
12. 規程、手引き、様式リンク集	7	
13. 申請先・問い合わせ先	7	
【参考】全体フロー図	8	
【参考】返還免除、返還の事例	9	
Q&A	10	
【参考】別添 1 概要-介護等業務 ① (昭和 63 年 2 月 12 日社庶第 29 号)	12	
【参考】別添 2 概要-介護等業務 ② (昭和 63 年 2 月 12 日社庶第 29 号)	15	
以下様式集		
様式No.	様式名	頁
第 1号	申請チェックリスト	17
第 2号	貸付申請書	19
第 3号	個人情報の取扱同意書	21
第 4号	推薦書	23
第 5号	受講証明書	25
第 6号	受講に係る誓約書	26
第10号	借用書	28
第12号	返還猶予申請書	30
第20号	業務従事届	32
第21号	返還免除申請書	34
第24号	返還計画書	36
第25号	退職届	38
第26号	住所・氏名・その他変更届	40
第27号	死亡届	41
第28号	連帯保証人変更申請書	42

長崎県介護福祉士実務者研修受講資金貸付の概要

1. 目的、実施主体

この制度の目的は、実務者研修を受講し、介護福祉士の資格の取得を目指す介護職員等に研修の受講資金等の貸付を行い、受講を容易にすることにより、長崎県内の介護施設等において介護福祉士の業務に従事する方を確保するとともに、その定着を図ろうとするものです。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

下記すべてに該当する方です。

①	現在長崎県内の介護職場（注2）で介護等業務（注1）に従事（内定者も含む）し、介護福祉士登録を目指し、資格登録後も引き続き介護福祉士として介護等業務に従事しようとする方。
②	長崎県内の実務者研修施設で実務者研修を受講中（ 申込期間も含む ）の方 ※ 必ず研修受講中に申請して下さい。受講修了後（実務者研修修了証明書取得後）は、申請できません。 ※ これから受講する方は、本件貸付申請前に研修施設への申し込みを済ませ、受講カード又は受講証明等入手しておく必要があります。初回のスクーリングが未到来でも、申請可能です。 ※ 受講予定講座が雇用保険の専門実践給付金訓練給付金の対象でかつ給付金の支給要件を満たしている場合、受講開始日の原則1か月前迄にハローワークを通じたキャリアコンサルティングが必要です。事前に余裕をもって準備して下さい。給付金を差引いた部分が、申請対象となります。 ※ ひとり親自立支援教育訓練給付金、職業訓練など他の補助金等で受講する方は、本制度を利用できません。

注1：介護等業務とは（以下同様に定義する）

昭和63年2月12日社庶第29号社会局長・児童家庭局長連名通知「指定施設における業務の範囲等及び介護福祉士試験の受験資格に係る介護等の業務の範囲等について」の別添1に定める職種若しくは別添2に定める職種又は当該施設の長の業務を指します。（詳細は、「長崎県介護福祉士実務者研修受講資金貸付事業の手引き」の巻末参考を参照して下さい。特に兼務の場合は、主として（概ね8割以上）介護等業務に従事している必要があります。また正社員、常勤に限定していませんが、年間180日以上に従事が必要です。

注2：介護等職場とは（以下同様に定義する）

介護等業務（上記注1）の対象となる施設、事業所等であり、介護保険等の老人福祉施設等のみならず、障害者支援施設や病院等も含まれます。

3. 貸付額、条件

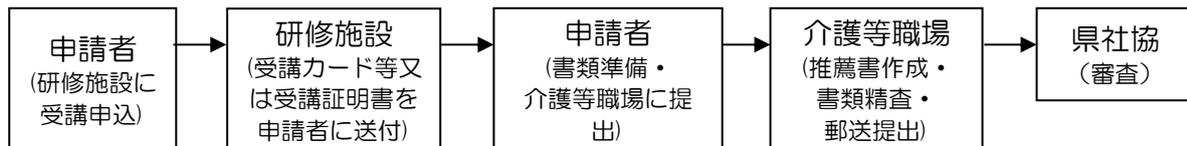
貸付額	200,000円以内	※ 20万円以内かつ下記資金使途での 必要最小限かつ実費等範囲内 ※ 領収書の提出は不要。
資金使途	実務者研修施設の受講料等納付金（含むテキスト代） ※ 雇用保険の教育訓練給付金対象講座の場合、給付金(20%~50%相当分)を差引いた部分で申請して下さい。 ※ まず給付金対象講座かどうか研修施設に確認して下さい。なお給付金の支給要件を満たしているか心配な場合は、ハローワークで確認して下さい。支給要件を満たしていない場合は、事前に連絡して下さい。 ※ 特に専門実践教育訓練給付金は、受講開始日の原則1か月前迄にハローワークを通じたキャリアコンサルティングが必要です。事前に余裕をもって準備して下さい。本資金で利用できるのは原則50%部分です。 ※ 給付金対象講座で給付金が利用できない又は利用しない場合は、必ず事前に連絡して下さい。 国家試験受験料、参考書・問題集代、試験交通・宿泊費（離島地区のみ）、研修交通費、国家試験対策講座受講料。 ※ 各費目によっては、上限目安や制限があります。詳細は貸付申請書の費目内訳に従って申請して下さい。	
貸付期間	実務者研修施設での在学予定期間とします。 （卒業後、介護福祉士登録し、介護等業務に従事している間は返還猶予）	
貸付利子	無利子（ただし最終返還期限を超過した場合は年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	
交付	一括交付	

4. 連帯保証人

原則長崎県内在住者で一定の給与・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。勤務先法人または経営者等が連帯保証することも可能です。

5. 貸付申請手続き

受講資金の貸付けを希望する方は、まず研修施設への申込を済ませ受講生となって下さい。次に下記の提出書類を整え、勤務先介護等職場へ提出して下さい。介護等職場は推薦書（様式第4号）を作成し、その他提出書類を精査のうえ県社協（介護貸付担当）へ提出（郵送）して下さい。

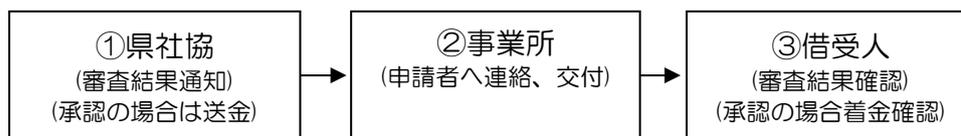


- 【提出書類】** ※ 下記様式は、県社協ホームページよりダウンロードして作成して下さい。
※ 記入例を参照して、記入漏れがないよう留意して記入して下さい。
※ 自宅、職場等でダウンロードできない場合は、県社協へお電話して下さい。

- (1) 申請書チェックリスト（研修者、事業所双方で書類の漏れ、記入漏れ等を確認）
- (2) 貸付申請書（様式第2号）
- (3) 個人情報の取扱同意書（様式第3号）
- (4) 推薦書（様式第4号）：勤務先介護等職場に作成を依頼して下さい
- (5) 借用書（契約書）（様式第10号）/直筆で住所、氏名を署名、押印。
※ 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。修正は不可です。
- (6) 振込口座通帳の写し（表表紙とその裏の写し）
※ 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をコピーして下さい。
- (7) 申請者の住民票（世帯の全部、続柄を含む、個人番号は除く）
- (8) 連帯保証人の住民票（世帯の全部、続柄を含む、個人番号は除く）
※ 申請者、連帯保証人が同一の住民票に記載されている場合は、申請者分のみ1通の提出で可
- (9) 研修受講を証明する資料（これから受講する方は、まず研修施設への申込を済ませて下さい）
※ 上記資料がない場合、実務者研修受講（予定）証明書（様式第5号）：研修施設に作成を依頼して下さい。
- (10) その他：国家試験対策講座を受講する場合は、申込完了の証明書類写しを添付して下さい。
法人保証の場合は、法人連帯保証届（様式第2-2号）及び法人の印鑑証明

6. 貸付対象者の選定及び審査、送金

①	県社協	随時完備した書類を受付け後、後日審査結果を <u>介護等職場を經由して</u> 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	内容を確認のうえ、上記①の書面を貸付決定者（借受人）に渡して下さい。
③	借受人	上記②の書面内容を確認し、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。
- ※ 書類の受渡は、事業所を經由して行います。
- ※ 事業所では、申請者の国家試験受験、資格登録、返還免除業務従事継続のフォローをお願いします。
- ※ 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、貸付期間中または返還猶予期間中にかかわらず、貸付を受けた実務者研修受講資金の全額を原則一括で返還しなければなりません。なお申請により分割払い（毎月2万円以上の月賦払い）を認めることができます。事由が発生した日から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。

借受人は、県社協から通知された返還明細書及び返済方法に従い、所定の期日までに返還しなければなりません。

- (1) 実務者研修施設卒業後、長崎県内において介護等業務に従事しなかったとき
- (2) 介護福祉士試験受験資格（本件実務者研修施設卒業かつ実務経験3年以上）取得予定年度から1年以内に（試験未受験、不合格となった場合等は2年以内に）介護福祉士登録簿に登録できなかったとき
- (3) 長崎県内において介護等業務に従事しなくなったとき
- (4) 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
- (5) 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
- (6) 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間、返還を猶予することができます。当該事情を疎明する〔 〕内資料とともに返還猶予申請書（様式第12号）を事由発生後速やかに提出し、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。

なお下記（1）、（2）に関しては、本件貸付時に一律に返還猶予します。よって定期報告時には、〔 〕内資料のみ提出し、都度の返還猶予申請は不要です。

- （1） 介護福祉士試験受験資格（本件実務者研修施設卒業かつ実務経験3年以上）取得予定年度の翌々年度の5月末日までの間で、介護福祉士を目指し、長崎県内において介護等業務に継続して従事しているとき〔業務従事届（様式第20号）〕
- （2） 長崎県内において、介護福祉士として介護等業務に継続して従事しているとき〔業務従事届（様式第20号）〕
- （3） 借受人が災害、疾病、負傷、その他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〕

なお前記（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) 次の要件をすべて満たす場合

①	本件借入時から介護福祉士登録まで、 <u>継続して長崎県内で介護等業務に従事</u>
②	介護福祉士試験受験資格（本件実務者研修施設卒業かつ実務経験3年以上）取得年度に介護福祉士試験に合格かつ翌年度5月末日までに <u>介護福祉士の登録を行い、長崎県内において、介護等業務に従事</u>
③	<u>介護福祉士として返済免除期間（2年間）継続して長崎県内で介護等業務に従事</u>

※ 試験に不合格になった場合は、資格取得年度から翌々年度以内の登録を認めます。

※ 返済免除期間2年の要件は、在職期間が通算730日以上あり、かつ業務従事期間が360日以上です。

※ 介護福祉士として登録せずに介護等業務に従事しても、業務従事期間に算入することはできません。

※ 法人内の人事異動等による、長崎県外での介護職員等業務の従事期間は、返還免除対象期間に算入します。

※ 他種（社会福祉士に限る）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の業務に従事できない期間が生じた場合は、返還免除対象期間には算入しませんが、引き続き介護職員等の業務に従事しているものとして取り扱います。

※ 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。

(2) 介護職員等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として継続して従事することができなくなったとき。

※ 県社協ホームページからダウンロードした返還免除申請書（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疎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（就業確認）

毎年一定時期（5月頃）に、免除期間（2年）に達するまで、介護等職場を經由して、資格登録状況、就労状況の確認を行います。県社協が事業所に送付する業務従事届に必要事項を記入、必要書類を添付して、事業所経由で返送して下さい。

(2) 随時報告（各種異動発生時）

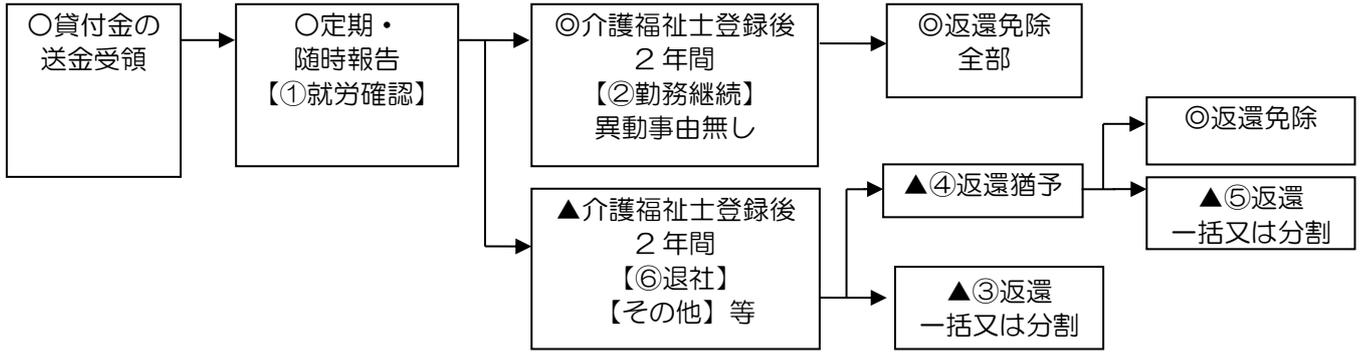
住所、氏名の変更、就労先の変更、退職、退職等の場合は、事由が発生した日から30日以内に報告が必要です。

(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のフロー



各種事由		借受人	県社協
①	毎年一定時期（4～5月頃） ※実務者研修修了状況確認 ※介護福祉士登録状況確認 ※就労状況確認	追加添付 ※実務者研修修了証の写し、 ※介護福祉士登録証の写し	介護等職場 【20】業務従事届
②	介護福祉士登録後2年経過 （4～5月頃） ※返済免除期間充足確認 返還等の異動事由無し 〈返還免除〉	介護等職場	【20】業務従事届 返還免除決定通知
③	返還事由が発生した場合 〈返還〉	【24】返還計画書 ※返還明細書に従い返還	返還明細書
④	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 〈返還猶予〉	【12】返還猶予申請書 その他証明資料（罹災証明書、 医師の診断書等）	返還猶予決定通知書
⑤	返還猶予状況に該当しなくなった場合 〈返還〉	【24】返還計画書 ※返還明細書に従い返還	返還明細書
⑥	途中退社	【25】退職届	
〈返還猶予〉		※返還猶予に該当する場合、前記④の手続きを同時に行ってください。	
〈返還〉		※返還猶予に該当しない場合、前記③の手続きを同時に行ってください。	

各種事由		借受人	県社協
⑦	死亡（借受人）	【27】死亡届 死亡診断書写し又は戸籍抄本写し	→ <input type="text"/>
	〈返還猶予〉 ※返還	猶予に該当する場合、前記④の手	続きを同時に行う。
	〈返還〉 ※返還	猶予に該当しない場合、前記③の	手続きを同時に行う。
⑧	死亡（連帯保証人）	【27】死亡届 【28】連帯保証人変更申請書 死亡診断書写し又は戸籍抄本写し、印鑑証明書	→ <input type="text"/>
⑨	住所・氏名変更 (借受人・連帯保証人)	【26】住所・氏名変更届 住民票	→ <input type="text"/>

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。

- ・長崎県介護福祉士修学資金等貸付規程
- ・長崎県介護福祉士実務者研修受講資金貸付事業の手引き
- ・長崎県介護福祉士実務者研修受講資金貸付事業の手引き（借受人用）
- ・長崎県介護福祉士実務者研修受講資金貸付事業の手引き（介護等職場用）
- ・各種様式（下記一覧）

様式No.	様式名	様式No.	様式名
第 1号	申請チェックリスト	第20号	業務従事届
第 2号	貸付申請書	第21号	返還免除申請書
第 3号	個人情報の取扱同意書	第24号	返還計画書
第 4号	推薦書	第25号	退職届
第 5号	実務者研修（受講）証明書	第26号	住所・氏名・その他変更届
第 6号	受講に係る誓約書	第27号	死亡届
第10号	借用書	第28号	連帯保証人変更申請書
第12号	返還猶予申請書		

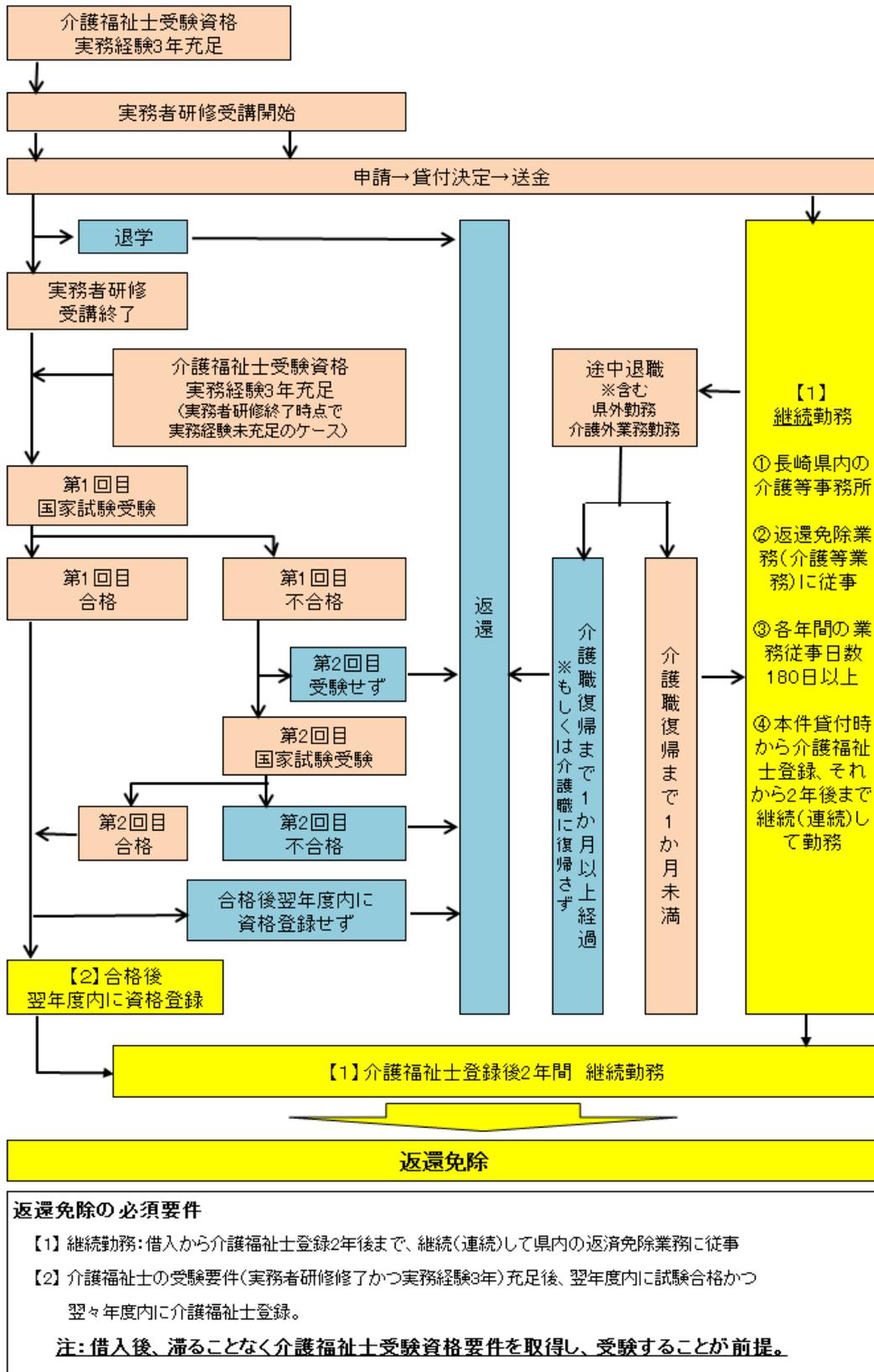
13. 申請先・問い合わせ先

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 福祉人材センター 介護貸付担当 宛て
 TEL 095-894-4027 FAX 095-846-8798

【参考:介護福祉士実務者研修受講資金貸付での全体フロー図】



【参考:返還免除、返還の事例】

共通:実務者研修期間

1.返還免除のケース

①一般的なケース

国家試験等情報	→◇→■●→@→△→☆→★返還免除
就業期間	
返還猶予期間	
返還免除算定期間	2年間

②1回目の国家試験に不合格、2回目合格のケース

国家試験等情報	→◇→■●→@→▼→@→△→☆→★返還免除
就業期間	
返還猶予期間	
返還免除算定期間	2年間

③実務経験3年充足が実務者研修修了の翌年度になった場合

国家試験等情報	→■○→◆→@→△→☆→★返還免除
就業期間	
返還猶予期間	
返還免除算定期間	2年間

④返還免除算定期間中に1年内の産休または育休が挟まった場合

国家試験等情報	→◇→■●→@→△→☆→★返還免除
就業期間	
返還猶予期間	
返還免除算定期間	1年間 産休・育休1年 1年間

2.返還のケース

①返還免除算定期間内に退職等したケース

国家試験等情報	→◇→■●→@→△→☆→×返還開始
就業期間	
返還猶予期間	
返還免除算定期間	1年6ヶ月

※返還免除算定期間内でなくとも、返還猶予期間内の退職は、返還となります。
 ただし1か月内に返還免除対象業務に再就職した場合は、返還猶予を継続します。

②2回不合格となり返還となるケース(返還猶予の解除)

国家試験等情報	→◇→■●→@→▼→@→▼×返還開始
就業期間	
返還猶予期間	
返還免除算定期間	

※返還免除算定期間内でなくとも、返還猶予期間内の退職は、返還となります。
 また本件借受後、国家試験が受験できる状態で受験しなかった場合、不合格とカウントします。

国家試験等情報符号

- =実務者研修修了かつ介護福祉士試験要件未充足(実務経験3年未経過)
- =実務者研修修了かつ介護福祉士試験要件充足(実務経験3年経過)
- ◇=実務経験3年経過かつ介護福祉士試験要件未充足(実務者研修未了)
- ◆=実務経験3年経過かつ介護福祉士試験要件充足(実務者研修修了)
- @=受験、△=合格、▼=不合格、☆=介護福祉士登録
- =本件借入、★=返還猶予達成、×=返還

介護福祉士実務者研修受講資金貸付 Q&A

Q01	これから実務者研修を申し込みますが、申請できますか。
A01	本制度は、現在受講中（申し込み済みで授業開始前も含む）の方を原則対象とします。まず受講申込みを済ませ、そのうえで本件を申請して下さい。
Q02	実務者研修修了見込みが来年度にまたがりませんが、申請できますか。
A02	申請できます。またスクーリングが来年度開始であっても、本申請期間中に申込み済みであれば申請できます。なお募集要項により、対象受講期間を限定する場合があります。募集要項と照合して下さい。
Q03	現在実務者研修受講中ですが、まだ介護等職場に就職していません。申請できますか。
A03	介護職場への就職が内定している場合は、申請できます。内定している職場に、推薦書の作成を依頼して下さい。
Q04	介護福祉士受験に必要な実務経験が3年未満です。申請できますか。
A04	申請できます。介護福祉士受験は、実務者研修修了かつ実務経験3年双方を充足した年度に必ず受験して下さい。
Q05	正社員または常勤社員でなければ申請できませんか。
A05	パートでも申請できます。ただし年間180日以上、免除対象業務に従事することが必要です。
Q06	申請金額には、実務者研修の授業料（受講料）以外も含められますか。
A06	実務者研修の授業料以外にも、国家試験受験料、各交通・宿泊費、参考書・問題集代、国家試験対策講座受講料等含まれます。申込み時点で支出していないものでも、今後支出見込みのものも含められます。なお費目によっては、申請書等で個別に上限、制限を定めています。
Q07	資金用途を証明する領収書等の、申請書への添付及び送付は必要ですか。
A07	原則不要です。ただし国家試験対策講座受講料等の場合は、受講完了証明の写しが必要です。
Q08	貸付を申請する場合、どのようにすればいいですか。
A08	本件申請は、介護等職場の推薦が要件となります。 申請書類は、長崎県社協ホームページからのダウンロード等により入手して下さい。申請手続きは、申請書等申込書類を作成、準備のうえ介護等事務所へ提出して下さい。介護等職場で推薦書を作成、申請書類のチェックを行い、長崎県社協に郵送することになります。 後日審査結果及び資金交付の通知も原則介護等職場を通じて行います。また返還免除を得るまでの就業確認も、介護等職場の協力のもと行います。
Q09	貸付対象は個人ですか、事業所ですか。
A09	個人です。事業所は前記Q08の通り、各手続きで協力願います。
Q10	貸付期間は、いつからいつまでですか。いつから返済することになりますか。
A10	本件承認後、貸付金を送金します。貸付契約での貸付期間は、実務者研修受講期間とします。なお下記の期間は貸付期間経過後も返還を猶予します。 ・研修施設卒業後、介護福祉士試験受験資格（本件実務者研修施設卒業かつ実務経験3年以上）取得年度の翌々年度5月末日までの間で、長崎県内において、介護福祉士を目指し、介護等業務に継続して従事しているとき ・長崎県内において、介護福祉士として介護等業務に継続して従事しているとき したがって貸付期間中及びこの返還猶予期間中は、返還事由（退学、退職等）に該当しない限り、返還は発生しません。 最終的には、介護福祉士登録後2年間の免除対象業務従事をもって返還免除となります。なお返還免除までの間に、試験不合格（2年連続）、退職等があれば、返還が必要となります。

Q11	借受後に、実務者研修施設を退学した場合はどうなりますか。
A11	既に借受けた金額を返還していただきます。
Q12	国家（介護福祉士）試験に不合格の場合、返還が必要ですか。
A12	初回の試験不合格の場合、次年度の試験まで返還猶予を継続します。次年度の試験も連続して不合格の場合は、返還となります。
Q13	国家（介護福祉士）試験は、いつ受けてもよいのですか。
A13	介護福祉士受験は、実務者研修修了かつ実務経験3年双方を充足した年度に必ず受験して下さい。本件借受後に受験できる状態で受験しなかった場合は、不合格としてカウントします。
Q14	介護福祉士の登録は、試験合格後いつまでにすればよいのですか。
A14	必ず合格の翌年度5月末日までに行ってください。それまでにできなければ、返還となります。翌年度当会が事業所経由で送付する業務従事届によって、資格登録の確認を行います。したがって合格後すぐ、登録手続きを行ってください。また返還免除期間（2年間）の算定は、資格登録日から行います。早く登録すればするほど、返還免除に早く到達します。
Q15	借入期間（含む返済猶予期間）中に死亡した場合、又は心身の故障により介護等業務に従事できなくなったときは、どうなりますか。
A15	業務上の事由により死亡、又は業務に起因する心身の故障のため業務を継続することができなくなったときは返還が免除されます。また、業務外の事由による死亡、又は心身の故障により業務に従事若しくは継続できなくなったときは、原則として返還の対象となります。ただし疾病等やむをえない事情の場合は、返還猶予が認められる場合もあります。また相続人及び連帯保証人へ請求が困難であるなど真にやむを得ないと認められるときは、免除の対象となる場合があります。
Q16	借入金の返還が必要な場合、分割払いはできますか。
A16	原則一括返還ですが、申請により分割払い（毎月2万円以上）を認めることができます。
Q17	返還免除要件の介護等業務への従事「2年間」とは、連続ですか、それとも通算ですか。
A17	原則として連続している必要があります。ただし連続している状態と同視できる場合には連続とみなします。後記のQ18、19も、参照して下さい。
Q18	現事業所を辞め、別の介護等職場で働き始めた場合も返還猶予や免除の対象になりますか。
A18	長崎県内の介護等業務であれば対象になります。ただし1か月内に再就職するなど、連続して勤務していると認められる場合に限りです。前業務先の「退職届（第25号）」、と新業務先の「業務従事届（第20号）」を県社協へ提出して下さい。
Q19	育児休暇をとることになりました。休暇によって、返還免除の要件である継続した勤務が認められないことになりますか。また休暇期間は、免除対象期間となりますか。
A19	育児、介護、疾病等によるやむを得ない事由による休暇の場合、1年程度で復帰した場合は、勤務の継続性は認められます。ただし、休暇期間中は免除対象期間には算入されません。

【参考】別添1 概要-介護等業務 ①

『昭和63年2月12日社庶第29号』

詳細は、上記通知を参照願います

1. 指定施設における業務の範囲（別添1-概要）

番号	施設・事業所等種別	職種等名
(1) 福祉に関する相談援助業務の範囲(社会福祉士)		
(1)	保健所	精神障害者に関する相談援助業務を行っている専任の精神保健福祉相談員、精神保健福祉士、精神科ソーシャルワーカー
(2)	児童相談所	児童福祉司、受付相談員、相談員、電話相談員、児童心理司、児童指導員
(3)	母子生活支援施設	母子支援員、少年を指導する職員、個別対応職員
(4)	児童養護施設	児童指導員、個別対応職員、家庭支援専門相談員、職業指導員、里親支援専門相談員
(5)	障害児入所施設、障害児通所支援事業を行う施設 (児童発達支援センターに限る。)	児童指導員、児童発達支援責任者、心理指導担当職員
(6)	情緒障害児短期治療施設	児童指導員、個別対応職員、家庭支援専門相談員
(7)	児童自立支援施設	児童自立支援専門員、児童生活支援員、個別対応職員、家庭支援専門相談員、職業指導員
(8)	児童家庭支援センター	児童福祉施設の設備及び運営に関する基準第88条の3第1項に規定する職員
(9)	障害児通所支援事業を行う施設(児童発達支援センターを除く。)	指導員、児童発達支援責任者
(10)	障害児相談支援事業を行う施設	相談支援専門員
(11)	病院、診療所	次のアからエまでの相談援助業務を行っている専任の職員 ア:患者の経済的問題の解決、調整に係る相談援助 イ:患者が抱える心理的・社会的問題の解決、調整に係る相談援助 ウ:患者の社会復帰に係る相談援助 エ:以上の相談援助業務を行うための地域における保護医療福祉の関係機関、関係職種等との連携等の活動
(12)	身体障害者更生相談所	身体障害者福祉司、心理判定員、職能判定員、ケースワーカー
(13)	身体障害者福祉センター	身体障害者に関する相談に応ずる職員
(14)	精神保健福祉センター	精神障害者に関する相談援助業務を行っている専任の精神保健福祉相談員、精神保健福祉士、精神科ソーシャルワーカー
(15)	救護施設、更生施設	生活指導員
(16)	福祉事務所	指導監督を行う所員(査察指導員)、身体障害者福祉司、知的障害者福祉司、社会福祉主事(老人福祉指導主事)、現業を行う所員(現業員)、家庭児童福祉の業務に従事する社会福祉主事(家庭児童福祉主事)、家庭児童福祉に関する相談指導業務に従事する職員(専任の家庭相談員)、面接相談員、専任の婦人相談員、専任の母子自立支援員
(17)	婦人相談所	相談指導員、判定員、専任の婦人相談員
(18)	婦人保護施設	入所者を指導する職員
(19)	知的障害者更生相談所	知的障害者福祉司、心理判定員、職能判定員、ケースワーカー
(20)	養護老人ホーム	生活相談員
	特別養護老人ホーム	生活相談員
	軽費老人ホーム	生活相談員、主任生活相談員、入所者の生活・身上に関する相談及び助言並びに日常生活の世話を行う職員
	老人福祉センター	相談・指導を行う職員
	老人短期入所施設	生活相談員
	老人デイサービスセンター	生活相談員
	老人介護支援センター	相談援助業務を行っている専任の職員
(21)	母子福祉センター	母子の相談を行う職員
(22)	介護保険施設	生活相談員、介護支援専門員
	指定介護療養型医療施設	生活相談員、介護支援専門員
(23)	地域包括支援センター	包括的支援事業に係る業務を行う職員
(24)	障害者支援施設	生活支援員、就労支援員、サービス管理責任者
(25)	地域活動支援センター	指導員
(26)	福祉ホーム	管理人

(27)	障害福祉サービス事業	生活支援員、就労支援員、サービス管理責任者
(28)	一般相談支援事業	相談支援専門員
(29)	特定相談支援事業	相談支援専門員
(2) 福祉に関する相談援助の実務経験を有すると認められる職種の範囲(社会福祉士)		
(1)	生活保護法に規定する授産施設、宿所提供施設	指導員
(2)	乳児院	児童指導員、個別対応職員、家庭支援専門相談員、里親支援専門相談員
(3)	有料老人ホーム	生活相談員
(4)	指定特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、指定介護予防特定施設入居者生活介護を行う施設	生活相談員、計画作成担当者
(5)	身体障害者更生援護施設、	生活支援員、指導員
(6)	精神障害者社会復帰施設	精神保健福祉士、精神障害者社会復帰指導員、管理人
(7)	知的障害者援護施設	生活支援員
(8)	高齢者総合相談センター	相談援助業務を行っている専任の相談員
(9)	隣保館	相談援助業務を行っている専任の指導職員
(10)	都道府県社会福祉協議会	日常生活自立支援事業実施要領5に規定する専門員
(11)	市町村社会福祉協議会	社会福祉協議会企画指導員、福祉活動指導員、福祉活動専門員設置要綱2に規定する福祉活動専門員、相談援助を行っている専門の職員
(12)	児童デイサービス事業を行っている施設	相談援助業務を行っている専任の職員
(13)	児童福祉法第6条の2第3項に基づく厚生労働大臣の指定を受けた指定医療機関	児童指導員、
(14)	独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみ園法第11条第1号に規定する施設	相談援助業務を行っている専任の指導員、ケースワーカー
(15)	知的障害者福祉工場	相談援助業務を行っている専任の指導員
(16)	地方更生保護委員会、保護観察所	保護観察官
(17)	更生保護施設	補導主任、補導員
(18)	労災特別介護施設	相談援助業務を行っている指導員
(19)	心身障害児総合通園センター	相談援助業務を行っている専任の職員
(20)	児童自立生活援助事業実施要綱に基づく児童自立生活援助事業を行っている施設	相談援助業務を行っている専任の相談員
(21)	児童福祉法第6条の3第1項に規定する児童自立生活援助事業を行っている施設	相談援助業務を行っている専任の指導員
(22)	子育て短期支援事業を行っている児童養護施設、母子生活支援施設、乳児院、及び保育所等	相談援助業務を行っている専任の職員
(23)	母子家庭等就業・自立支援センター事業及び一般市等就業・自立支援事業を行っている施設	相談援助業務を行っている専任の相談員
(24)	地域子育て支援拠点事業を行っている施設	相談援助業務を行っている専任の職員
(25)	重症心身障害児(者)通園事業を行っている施設	児童指導員、
(26)	点字図書館、聴覚障害者情報提供施設	相談援助業務を行っている専任の職員
(27)	障害者総合支援法に規定する共同生活介護を行う施設	相談援助業務を行っている専任の職員
(28)	障害福祉サービスのうち短期入所、重度障害者等包括支援、共同生活援助、共同生活援助を行う施設	相談援助業務を行っている専任の職員
(29)	改正前の児童福祉法に規定する知的障害児施設、知的障害児通園施設、盲ろうあ児施設、肢体不自由児施設	児童指導員
(30)	改正前の児童福祉法に規定する重症心身障害児施設	児童指導員、心理指導を担当する職員
(31)	廃止前の障害者自立支援法に基づく相談支援事業を実施する事業所	相談支援専門員
(32)	身体障害者自立支援を行っている施設	相談援助業務を行っている専任の職員
(33)	日中一時支援、障害者相談支援事業、障害児等療育支援事業を行っている施設	相談援助業務を行っている専任の職員
(34)	精神障害者地域移行支援特別対策事業を行っている施設	地域体制整備コーディネーター、地域移行推進員
(35)	精神障害者地域移行・地域定着支援事業を行っている施設	地域体制整備コーディネーター、地域移行推進員

(36)	精神障害者アウトリーチ推進事業を行っている施設	相談援助業務を行っている専任の職員（医師、保健師、看護師、作業療法士その他医療法に規定する病院として必要な職員を除く。）
(37)	アウトリーチ事業を行っている施設	相談援助業務を行っている専任の職員（医師、保健師、看護師、作業療法士その他医療法に規定する病院として必要な職員を除く。）
(38)	指定居宅サービスに該当する通所介護、基準該当居宅サービスに該当する通所介護、指定介護予防サービスに該当する介護予防通所介護、基準該当介護予防サービスに該当する介護予防通所介護・指定短期入所生活介護、基準該当居宅サービスに該当する短期入所生活介護・指定介護予防短期入所生活介護、基準該当介護予防サービスに該当する介護予防短期入所生活介護を行う施設（老人デイサービスセンター及び老人短期入所施設を除く。）	生活相談員
(39)	指定通所リハビリテーション、指定介護予防サービスに該当する介護予防通所リハビリテーション、指定短期入所療養介護、介護予防入所療養介護を行う施設	支援相談員
(40)	指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護を行う施設	オペレーター
(41)	指定夜間対応型訪問介護を行う施設	オペレーションセンター従業者
(42)	指定認知症対応型通所介護、指定介護予防認知症対応型通所介護を行う施設（老人デイサービスセンターを除く）	生活相談員
(43)	指定小規模多機能型居宅介護、指定介護予防小規模多機能型居宅介護、指定認知症対応型共同生活介護、指定介護予防認知症対応型共同生活介護、指定複合型サービスを行う施設	介護支援専門員
(44)	指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を行う施設	生活相談員、介護支援専門員
(45)	居宅介護支援事業を行っている事業所	介護支援専門員
(46)	介護予防支援事業を行っている事業所	担当職員
(47)	生活支援ハウス（高齢者生活福祉センター）運営事業を行っている生活支援ハウス	生活援助員
(48)	高齢者の安心な住まいの確保に資する事業を行っている高齢者世話付住宅（シルバーハウジング）、多くの高齢者が居住する集合住宅等	相談援助業務を行っている生活援助員
(49)	「高齢者の居住の安定確保に関する法律」第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅	相談援助業務を行っている専任の職員
(50)	地域福祉センター	相談援助業務を行っている専任の職員
(51)	ひきこもり地域支援センター	ひきこもり支援コーディネーター
(52)	地域生活定着支援センター	相談援助業務を行っている専任の職員
(53)	ホームレス総合相談推進業務を行っている事業所	相談援助業務を行っている専任の相談員
(54)	ホームレス自立支援センター	生活相談指導員
(55)	（自立相談支援モデル事業運営要領）に基づく自立相談支援機関	主任相談支援員及び相談支援員
(56)	発達障害者支援センター	「発達障害者支援センター運営事業実施要領」に規定する相談支援を担当する職員、就労支援を担当する職員
(57)	広域障害者職業センター	障害者職業カウンセラー
(58)	地域障害者職業センター	障害者職業カウンセラー、職場適応援助者
(59)	障害者雇用納付金制度に基づく第1号職場適応援助者助成金受給資格認定法人	第1号職場適応援助者養成研修を修了した専任の職員であって、ジョブコーチ支援を行っている者
(60)	「障害者の雇用の促進等に関する法律の一部を改正する法律」第3条の規定による改正前の障害者の雇用の促進等に関する法律（旧法）第27条に規定する障害者雇用支援センター	旧法第28条第1号、第2号及び第7号に規定する業務を行う職員
(61)	障害者就業・生活支援センター	主任就業支援担当者、就業支援担当者、生活支援担当職員
(62)	スクールソーシャルワーカー活用事業実施要領に基づく教育機関	スクールソーシャルワーカー
(63)	施工規則第2条第1号から第13号まで及び上記1～62までに定められている施設以外で福祉に関する相談援助を行う施設として厚生労働大臣が個別に認めた施設	当該施設において、福祉に関する相談援助業務を行っている専任の相談員

【参考】別添 2 概要-介護等業務 ②

『昭和 63 年 2 月 12 日社席第 29 号』

詳細は、上記通知を参照願います

2.介護福祉士試験の受験資格の認定に係る介護等の業務の範囲等（別添 2-概要）

介護等の業務の範囲(介護福祉士)			
番号	施設・事業所等種別	職種等名	
(1)	障害児通所支援事業を行う施設	入所者の保護に直接従事する職員 (児童指導員、職業指導員、心理指導担当職員、作業療法士、理学療法士、聴能訓練担当職員及び言語機能訓練担当職員並びに医師、看護師その他医療法に規定する病院として必要な職員を除く)	
	児童発達支援センター		
	障害児入所施設		
	知的障害児施設		
	知的障害児通園施設		
	盲ろうあ児施設		
	肢体不自由児施設		
	重症心身障害児施設		
(2)	身体障害者更生援護施設	主たる業務が介護等である者	
	身体障害者更生施設		
	身体障害者療護施設		
	身体障害者授産施設		
	地域活動支援センターを行う事業所		
	障害者支援施設		
(3)	救護施設	介護職員	
	更生施設		
(4)	老人デイサービスセンター	介護職員	
	老人短期入所施設		
	特別養護老人ホーム		
(5)	障害福祉サービス事業のうち共同生活介護	主たる業務が介護等である者	
(6)	障害福祉サービスを行う事業所	居宅介護	主たる業務が介護等である者
		重度訪問介護	
		同行援護	
		行動援護	
		生活介護	
		短期入所	
		自立訓練	
		就労移行支援	
		就労継続支援	
		重度障害者等包括支援	
		共同生活援助	
療養介護			
(7)	児童デイサービスを行っている事業所	主たる業務が介護等である者	
(8)	指定訪問介護	訪問介護員等	
	指定介護予防訪問介護		
(9)	指定通所介護	介護職員	
	指定介護予防通所介護		
	指定短期入所生活介護		
	指定介護予防短期入所生活介護（老人デイサービスセンター及び老人短期入所施設を除く）		
(10)	指定訪問入浴介護	介護職員	
	指定介護予防訪問入浴介護		
(11)	指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護	訪問介護員等	
(12)	指定夜間対応型訪問介護	訪問介護員	
(13)	指定認知症対応型通所介護、指定介護予防認知症対応型通所介護を行う施設（老人デイサービスセンターを除く）	介護職員	

(14)	指定小規模多機能型居宅介護 指定介護予防小規模多機能型居宅介護	介護従事者
(15)	指定認知症対応型共同生活介護 指定介護予防認知症対応型共同生活介護	介護従事者
(16)	指定複合型サービス	介護従業者
(17)	指定通所リハビリテーション 指定介護予防通所リハビリテーション 指定短期入所療養介護 指定介護予防短期入所療養介護を行う施設	介護職員
(18)	指定特定施設入居者生活介護 指定地域密着型特定施設入居者生活介護 指定介護予防特定施設入居者生活介護	介護職員
(19)	養護老人ホーム 軽費老人ホーム 有料老人ホーム 介護老人保健施設	主たる業務が介護等の業務である者
(20)	サービス付き高齢者向け住宅	主たる業務が介護等の業務である者
(21)	指定介護療養型医療施設であって、療養病床等により構成される病棟、又は診療所	介護職員等その主たる業務が介護等の業務である者
(22)	「老人病棟老人入院基本料（1～4）」、「老人性認知症疾患療養病棟入院料」、「診療所老人医療管理料」の届出を行った病棟等	看護の補助の業務に従事する者であって、その主たる業務が介護等の業務である者
(23)	病院又は診療所	看護の補助の業務に従事する者のうち、その主たる業務が介護等の業務である者
(24)	ハンセン病療養所	介護員等主たる業務が介護等の業務である者
(25)	—	家政婦のうち、主たる業務が介護等の業務である者
(26)	労災特別介護施設	介護職員
(27)	重症心身障害児（者）通園事業を行っている施設	入居者の保護に直接従事する職員（施設長、医師、看護師、児童指導員及び理学療法、作業療法、言語療法等担当職員を除く）
(28)	在宅重度障害者通所援護事業を行っている施設	主たる業務が介護等の業務である者
(29)	知的障害者通所援護事業を行っている施設	主たる業務が介護等の業務である者
(30)	身体障害者自立支援、生活サポートを行っている施設	主たる業務が介護等の業務である者
(31)	日中一時支援 訪問入浴サービス	主たる業務が介護等の業務である者 介護職員
(32)	地域福祉センター	主たる業務が介護等の業務である者
(33)	原子爆弾被爆者養護ホーム	介護職員
(34)	原子爆弾被爆者デイサービス事業 原子爆弾被爆者ショートステイ事業	介護職員
(35)	原爆被爆者家庭奉仕員派遣事業	原爆被爆者家庭奉仕員
(36)	—	介護等の便宜を供与する事業を行う者に使用される者のうち、その主たる業務が介護等の業務である者

提出書類と一緒に、本チェックリストも勤務先の介護等職場に提出して下さい。

【勤務先の介護等職場の担当者様へ】
 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。
 申請書類は上記チェックに従い、添付・記載無いようにご確認下さい。

申請チェックリスト（実務者受講資金）

施設・事業所名	ヘルパーステーション茂里町	申請者氏名	長崎 花子
施設担当者名	茂里 太郎		

申請者、事業所双方で下記チェックを行って下さい。施設担当者名も、必ず記入して下さい。

【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**

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。		☑
		記入すべき項目での空白（記入漏れ）はないか		☑
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		
☑	1号	チェックリスト（本票）	20 チェックの漏れは無い（最後にチェック）	☑
☑	2号	貸付申請書	1 署名・押印したか：2か所（申請者、連帯保証人）	☑
			2 申請金額は20万円以下、千円単位か	☑
			3 対象講座が雇用保険の一般・専門実践教育訓練給付金の給付金対象講座か確認したか。対象の場合、給付部分（専門50%、一般20%）を差引いたA1、A2に記入しているか。A4で申請する場合、事前に県社協に連絡しているか。	☑
			4 申請日は、修了証明書発行見込み日より前か（研修期間修了後は、本貸付は申請できない）	☑
			5 国家試験受験予定時期、実務経験年数は記載しているか。様式第4号推薦書と相違ないか	☑
☑	3号	個人情報の取扱同意書	6 署名・押印したか：2か所（申請者、連帯保証人）	☑
☑	4号	推薦書	7 署名・押印したか：1か所（介護等職場） 事業所の公印を押印しているか	☑
			8 連絡担当者に、今後の窓口担当者名を記入したか	☑
			9 事業所番号、サービス種別は、介護保険での種別を記入したか（障害福祉サービス事業所、医療保険による病院等は記入不要）	☑
			10 職種、雇用形態等の記入漏れは無い	☑
			11 国家試験受験予定時期、実務経験年数は記載しているか。様式第2号貸付申請書と相違ないか	☑
☑	10号	借用書	12 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（訂正が必要な場合は、要再作成）	☑
			13 振込口座欄の漏れはない	☑
			14 署名・押印したか：2か所（申請者、連帯保証人）	☑
			15 住所の記入漏れは無い：2か所（申請者、連帯保証人）	☑
☑	—	振込口座通帳の表紙の裏の写し	16 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	☑
☑	—	住民票（申請者）	17 世帯の全部。続柄を含む。個人番号は含めない。	☑
☑	—	住民票（連帯保証人）	18 世帯の全部。続柄を含む。個人番号は含めない。 ※申請者、連帯保証人が同一の住民票に記載されている場合は、申請者分のみ1通の提出で可	☑
☑	5号	研修受講の証明資料又は受講証明書	19 実務者研修受講（予定）証明書で証明を受けるか、申込完了の証明書類写しが添付されているか。	☑

提出書類と一緒に、本チェックリストも勤務先の介護等職場に提出して下さい。

【勤務先の介護等職場の担当者様へ】

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。
申請書類は上記チェックに従い、添付・記載無いようにご確認下さい。

申請チェックリスト（実務者受講資金）

施設・事業所名		申請者	
施設担当者名		氏名	

申請者、事業所双方で下記チェックを行って下さい。施設担当者名も、必ず記入して下さい。

【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**

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空白（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	チェックリスト（本票）	20	チェックの漏れは無い（最後にチェック）	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2号	貸付申請書	1	署名・押印したか：2か所（申請者、連帯保証人）	<input type="checkbox"/>
			2	申請金額は20万円以下、千円単位か	<input type="checkbox"/>
			3	対象講座が雇用保険の一般・専門実践教育訓練給付金の給付金対象講座か確認したか。対象の場合、給付部分（専門50%、一般20%）を差引いたA1、A2に記入しているか。A4で申請する場合、事前に県社協に連絡しているか。	<input type="checkbox"/>
			4	申請日は、修了証明書発行見込み日より前か（研修期間修了後は、本貸付は申請できない）	<input type="checkbox"/>
			5	国家試験受験予定時期、実務経験年数は記載しているか。様式第4号推薦書と相違ないか	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3号	個人情報の取扱同意書	6	署名・押印したか：2か所（申請者、連帯保証人）	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4号	推薦書	7	署名・押印したか：1か所（介護等職場） 事業所の公印を押印しているか	<input type="checkbox"/>
			8	連絡担当者に、今後の窓口担当者名を記入したか	<input type="checkbox"/>
			9	事業所番号、サービス種別は、介護保険での種別を記入したか（障害福祉サービス事業所、医療保険による病院等は記入不要）	<input type="checkbox"/>
			10	職種、雇用形態等の記入漏れは無い	<input type="checkbox"/>
			11	国家試験受験予定時期、実務経験年数は記載しているか。様式第2号貸付申請書と相違ないか	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	10号	借用書	12	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（訂正が必要な場合は、要再作成）	<input type="checkbox"/>
			13	振込口座欄の漏れはない	<input type="checkbox"/>
			14	署名・押印したか：2か所（申請者、連帯保証人）	<input type="checkbox"/>
			15	住所の記入漏れは無い：2か所（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	16	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"/>	-	住民票（申請者）	17	世帯の全部。続柄を含む。個人番号は含めない。	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	-	住民票（連帯保証人）	18	世帯の全部。続柄を含む。個人番号は含めない。 ※申請者、連帯保証人が同一の住民票に記載されている場合は、申請者分のみ1通の提出で可	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5号	研修受講の証明資料又は受講証明書	19	実務者研修受講（予定）証明書で証明を受けるか、申込完了の証明書類写しが添付されているか。	<input type="checkbox"/>

長崎県介護福祉士実務者研修受講資金貸付申請書

長崎県社会福祉協議会会長 様

申請日 令和 5 年 6 月 21 日

長崎県介護福祉士実務者研修受講資金の貸付を受けたいので、下記のとおり申請します。

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		<input type="checkbox"/> 男	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 56 年 4 月 10 日生	
				<input checked="" type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 平成 (41 歳)	
	住所	〒852-9999 長崎市浦上町99-99				
	携帯電話	090(9999)9999		自宅電話		
	現在の保有資格	<input type="checkbox"/> 基礎研修、 <input type="checkbox"/> ヘルパー1級、 <input type="checkbox"/> 初任者研修、 <input type="checkbox"/> ヘルパー2級、 <input checked="" type="checkbox"/> 無資格				

連帯保証人 (自署)	フリガナ	ヤマザト タロウ		生年月日		
	氏名	山里 太郎		<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 50 年 3 月 5 日生	<input type="checkbox"/> 平成 (47 歳)	
	住所等	〒852-8999 長崎市山里町99-99				
		携帯電話	090(999)2222		携帯電話	090(999)2222
勤務先 名称	名称	山里商事株式会社				
住所等		〒852-8999		電話	095(999)6666	
	住所等	長崎市山里町99-4				
	年間収入額	4,326,000 円		本人との続柄	夫	

※ 法人保証の場合は、上欄には記入せず様式第2-2号法人連帯保証届を記入、提出して下さい。

借入希望金額	金 93,000 円	※ 20万円以内かつ下記費用内訳合計額(A1~F)の範囲内。千円単位(未満切上げ)。 ※ 領収書の提出は不要。
費用内訳	実務者研修受講料等(含むテキスト代):R(133,900)円:税込みかつ各種割引控除後	
	<input checked="" type="checkbox"/> A1: 雇用保険の専門実践教育訓練給付金の対象講座の場合、 $R \times 50\% = A1$ (66,950) 円: A4 該当を除く:注1、2 <input type="checkbox"/> A2: 雇用保険の一般教育訓練給付金の対象講座の場合、 $R \times 80\% = A2$ () 円: A4 該当を除く:注1 <input type="checkbox"/> A3: 雇用保険の教育訓練給付金の対象講座でない場合、 $R \times 100\% = A3$ () 円:注1 <input type="checkbox"/> A4: 雇用保険被保険者期間が不足し教育訓練給付金が利用できない場合、 $R \times 100\% = A4$ () 円:注3 注1: 対象講座が雇用保険の一般・専門実践教育訓練給付金の対象かどうか、必ず受講申込前に学校に問合せ確認下さい。 注2: 専門実践教育訓練給付金の対象講座の場合、受講開始日の1か月前までにハローワークを通じキャリアコンサルティングを受ける必要があります。事前に余裕をもって準備して下さい。A1対象講座の場合(A4を除く)、本資金で利用できるのは原則50%部分です。 注3: 初めて教育訓練給付金を利用するには、概ね一般1年、専門2年の被保険者期間が必要です。詳細はハローワークで確認下さい。 A4で申請する場合は、事前に連絡して下さい。	
	<input checked="" type="checkbox"/> 国家試験受験料:B(18,380)円 「 <input checked="" type="checkbox"/> 」して、借入希望額に含めて下さい。	
	<input checked="" type="checkbox"/> 国家試験参考書・問題集代:C(6,900)円 ※上限目安額10,000円。必要最小限の見積額で記入。	
	<input type="checkbox"/> 国家試験交通・宿泊費(離島地区のみ):D()円 ※上限目安額20,000円。必要最小限の見積額で記入。	
	<input type="checkbox"/> 実務者研修交通費:E()円 ※離島等特殊な場合のみ。申請する場合は、事前に連絡して下さい。	
	<input type="checkbox"/> 国家試験対策講座受講料:F()円 ※上限目安額20,000円	
	※ 講座申込の完了が必要。実務者研修受講(予定)証明書で証明を受けるか、申込完了の証明書類写しを添付して下さい。	

重要

実務者 研修 受講状況	学校の名称	あじさい学院 長崎教室		※ 実務者研修受講(予定)証明書から転記。証明書がない場合、開始日は、スクーリング開始日ではなく学校に受講申し込みをした日です。修了証明見込み日は学校に照会して下さい。
	受講期間	受講申込日	修了証明書発行見込み日	
		令和 5 年 4 月 1 日	令和 5 年 12 月 10 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。				

国家試験受験予定時期(国家試験受験要件を充足したその年度に受験しなければなりません)	令和 6 年 1 月
令和 6 年 3 月末時点での国家試験受験要件での実務経験年数見込み (現勤務先のみならず過去の勤務先分も含む。3年以上の場合は、3年0か月と記入)	3 年 0 か月

※ 記載例を参照して、記載して下さい。□の選択項目は、該当項目をチェック☑して下さい。

長崎県介護福祉士実務者研修受講資金貸付申請書

申請日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

長崎県社会福祉協議会会長 様

長崎県介護福祉士実務者研修受講資金の貸付を受けたいので、下記のとおり申請します。

申請者 (自署)	フリガナ				性別	生年月日				
	氏名	Ⓜ			<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日生	
	住所	〒 _____								
		携帯電話	()			自宅電話	()			
現在の保有資格		<input type="checkbox"/> 基礎研修、 <input type="checkbox"/> ヘルパー1級、 <input type="checkbox"/> 初任者研修、 <input type="checkbox"/> ヘルパー2級、 <input type="checkbox"/> 無資格								

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

※ 法人保証の場合は、上欄には記入せず様式第2-2号法人連帯保証届を記入、提出して下さい。

借入希望金額	金 _____,000円	※ 20万円以内かつ下記費用内訳合計額(A1~F)の範囲内。千円単位(未満切上げ)。 ※ 領収書の提出は不要。
費用 内 訳	実務者研修受講料等(含むテキスト代):R(_____)円:税込みかつ各種割引控除後	
	<input type="checkbox"/> A1: 雇用保険の専門実践教育訓練給付金の対象講座の場合、 $R \times 50\% = A1$ (_____)円: A4該当を除く:注1、2 <input type="checkbox"/> A2: 雇用保険の一般教育訓練給付金の対象講座の場合、 $R \times 80\% = A2$ (_____)円: A4該当を除く:注1 <input type="checkbox"/> A3: 雇用保険の教育訓練給付金の対象講座でない場合、 $R \times 100\% = A3$ (_____)円:注1 <input type="checkbox"/> A4: 雇用保険被保険者期間が不足し教育訓練給付金が利用できない場合、 $R \times 100\% = A4$ (_____)円:注3 注1: 対象講座が雇用保険の一般・専門実践教育訓練給付金の対象かどうか、必ず受講申込前に学校に問合せ確認して下さい。 給付金対象講座の場合、給付部分(専門の場合50%、一般の場合20%)を差引いた部分で申請して下さい。 注2: 専門実践教育訓練給付金の対象講座の場合、受講開始日の1か月前までにハローワークを通じキャリアコンサルティングを受ける必要 があります。事前に余裕をもって準備して下さい。A1対象講座の場合(A4を除く)、本資金で利用できるのは原則50%部分です。 注3: 初めて教育訓練給付金を利用するには、概ね一般1年、専門2年の被保険者期間が必要です。詳細はハローワークで確認して下さい。 A4で申請する場合は、事前に連絡して下さい。	
<input type="checkbox"/> 国家試験受験料:B(18,380)円、 <input type="checkbox"/> 国家試験参考書・問題集代:C(_____)円 ※上限目安額10,000円。必要最小限の見積額で記入。 <input type="checkbox"/> 国家試験交通・宿泊費(離島地区のみ):D(_____)円 ※上限目安額20,000円。必要最小限の見積額で記入。 <input type="checkbox"/> 実務者研修交通費:E(_____)円 ※離島等特殊な場合のみ。申請する場合は、事前に連絡下さい。 <input type="checkbox"/> 国家試験対策講座受講料:F(_____)円 ※上限目安額20,000円 ※講座申込の完了が必要。実務者研修受講(予定)証明書で証明を受けるか、申込完了の証明書類写しを添付して下さい。		

実務者 研修 受講状況	学校の名称				※ 実務者研修受講(予定)証明書から転記。証明書がない場合、開始日は、スクリーニング開始日ではなく学校に受講申し込みをした日です。修了証明見込み日は学校に照会して下さい。
	受講 期間	受講申込日		修了証明書発行見込み日	
		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。					

国家試験受験予定時期(国家試験受験要件を充足したその年度に受験しなければなりません)	令和 _____ 年 1 月
令和6年3月末時点での国家試験受験要件での実務経験年数見込み (現勤務先のみならず過去の勤務先も含む。3年以上の場合は、3年0か月と記入)	_____ 年 _____ か月

※ 記載例を参照して、記載して下さい。□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 5 年 6 月 21 日

貸付申請者
(本人自筆)

長崎 花子

印

長崎

令和 5 年 6 月 21 日

連帯保証人
(本人自筆)

山里 太郎

印

山里

※ 貸付申請者、連帯保証人各々について、署名捺印し、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) (印)

令和 年 月 日 連帯保証人 (本人自筆) (印)

※ 貸付申請者、連帯保証人各々について、署名捺印し、日付を記載して下さい。

推 薦 書

介護保険に従った、事業所番号、コード・名称を記入して下さい。

令和 5 年 6 月 21 日

長崎県社会福祉協議会会長 様

事業所の捺印(公印)を押印下さい。

【推薦者】

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
施設等の長の職及び氏名	施設長 茂里太郎		茂里町 施設長 公印
介護保険事業所番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	介護保険対象外の障害者支援施設や病院(除く老健)等の場合、番号、コード記入不要。種別に障害者支援施設等業態を記入。	
介護保険でのサービスコード・種別(略称でも可)	1 1	訪問介護 (訪問介護、通所介護、グループホーム等)	
住所等	〒852-8999 長崎市茂里町99-99		電話 095(999)8888

下記の者は長崎県介護福祉士実務者研修受講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(申請者)】

申請者は、別途申請書で同様に国家試験受験予定、実務経験年数を申請しています。内容を照合、確認して、記入して下さい。

氏名	長崎 花子	
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	平成、令和 18年 4月 1日	
国家試験受験予定時期 (国家試験受験要件を充足したその年度に受験しなければなりません)	令和 6年 1月	
令和6年3月末時点での国家試験受験要件での実務経験年数見込み (現勤務先のみならず過去の勤務先も含む。3年以上の場合は、3年0か月と記入)	3年 0か月	
推薦理由	<p>【記入例】</p> <p>日々介護の仕事に誠実に取り組み、利用者、所属長、同僚の信頼を得ています。また向上心も強く、各種の研修に積極的に参加しています。介護福祉士にステップアップすることで、より一層の業務での活躍を期待しています。</p>	現時点での令和5年度での法人内推薦予定人数(累積) 3人

※ 記載例を参照して、記載して下さい。
 ※ 口の選択項目は、該当項目をチェック☑して下さい。

事業所内ではなく、法人内での推薦予定人数を記入して下さい

推 薦 書

令和 年 月 日

長崎県社会福祉協議会会長 様

【推薦者】

法人名		(連絡担当者名)
施設・事業所名		
施設等の長の職及び氏名	(公印)	
介護保険事業所番号		介護保険対象外の障害者支援施設や病院(除く老健)等の場合、番号、コード記入不要。種別に障害者支援施設等業態を記入。
介護保険でのサービスコード・種別(略称でも可)	(訪問介護、通所介護、グループホーム等)	
住所等	〒 _____ 電話 () _____	

下記の者は長崎県介護福祉士実務者研修受講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(申請者)】

氏名			
職種	<input 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 type="checkbox"/> 以上	<input type="checkbox"/> 未満
採用年月日	平成・令和 年 月 日		
国家試験受験予定時期 <small>(国家試験受験要件を充足したその年度に受験しなければなりません)</small>		令和	年 1 月
令和6年3月末時点での国家試験受験要件での実務経験年数見込み <small>(現勤務先のみならず過去の勤務先も含む。3年以上の場合は、3年0か月と記入)</small>		年	か月
推薦理由			現時点での令和5年度での法人内推薦予定人数(累積) 人

※ 記載例を参照して、記載して下さい。
 ※ □の選択項目は、該当項目をチェック☑して下さい。

実務者研修受講（予定）証明書

令和 年 月 日

長崎県社会福祉協議会長 様

実務者 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	⑩
	(連絡担当者氏名)	

下記の者は、本研修施設で実施している介護福祉士実務者研修の受講者（又は申込者）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
現在の保有資格	<input type="checkbox"/> 基礎研修、 <input type="checkbox"/> ヘルパー1級、 <input type="checkbox"/> 初任者研修、 <input type="checkbox"/> ヘルパー2級、 <input type="checkbox"/> 無資格		
受講料	円（税込み、各種割引控除後）		
受講申込日	令和 年 月 日		
修了証明書 発行見込み日	令和 年 月 日		
教育訓練給付金	この講座は	<input type="checkbox"/> A1: 専門実践教育訓練給付金の対象 <input type="checkbox"/> A2: 一般教育訓練給付金の対象 <input type="checkbox"/> A3: 教育訓練給付金の対象ではない	
	申請者は	<input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 利用しない	
国家試験対策 講座、模試等	<input type="checkbox"/> 申込済み (金額 _____ 円: 税込み、各種割引控除後) <input type="checkbox"/> 申込無		

実務者研修受講に係る誓約書

長崎県社会福祉協議会長 様

【実務者研修受講予定内容】

実務者研修施設 名称	あじさい学院
研修コース	<input checked="" type="checkbox"/> 無資格、 <input type="checkbox"/> ヘルパー2級、初任者研修、 <input type="checkbox"/> ヘルパー1級、基礎研修
研修実施場所	長崎市 ※ 市町村単位で記入(例:長崎市、西彼杵郡長与町、東彼杵郡波佐見町など)
研修受講料	139,900 円
受講証明書または受 講カードの提出期限	申請日から1か月以内

長崎県介護福祉士実務者研修受講資金の申請にあたり、上記の通り研修申し込みを完了し、期限までに研修施設の受講証明書または受講カードを提出します。提出できない場合は、借入金の全額を一括で返還します。

令和 **5** 年 **6** 月 **21** 日

貸付申請者
(本人自筆)

長崎 花子



実務者研修受講に係る誓約書

長崎県社会福祉協議会長 様

【実務者研修受講予定内容】

実務者研修施設 名称	
研修コース	<input type="checkbox"/> 無資格、 <input type="checkbox"/> ヘルパー2級、初任者研修、 <input type="checkbox"/> ヘルパー1級、基礎研修
研修実施場所	市・町 ※ 市町村単位で記入（例：長崎市、西彼杵郡長与町、東彼杵郡波佐見町など）
研修受講料	円
受講証明書または受 講カードの提出期限	申請日から1か月以内

長崎県介護福祉士実務者研修受講資金の申請にあたり、上記の通り研修申し込みを完了し、期限までに研修施設の受講証明書または受講カードを提出します。提出できない場合は、借入金の全額を一括で返還します。

令和 年 月 日

貸付申請者
(本人自筆)

㊞

記入例(白地様式は次頁)

貸付番号 (県社協使用欄)	
------------------	--

様式第10号(実務者研修受講資金)

借用書 (長崎県介護福祉士実務者研修受講資金)

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福祉士実務者研修受講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、研修施設で修了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。なお本規程に定めることを履行できないときは、本規程に従い返還いたします。

また借用期限到来後は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。

借用期間	実務者研修施設での受講期間 ※様式第2号申請書記載の受講期間と同一
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2年を経過するまでの期間で、下記返還猶予理由に該当する期間。
返還猶予要件 (右記いずれか)	①研修施設卒業後、介護福祉士を目指しながら長崎県内で介護等業務に従事中かつ介護福祉士初回受験予定年度の翌々年度5月31日が到来していないこと。 ②長崎県内で介護福祉士として介護等業務に従事していること。
借用総額 ※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。再作成して下さい。	金 93,000 円
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)。	

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	住所	長崎市浦上町99-99
	氏名	長崎 花子 (長崎印)

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	住所	長崎市茂里町99-98
	氏名	山里 太郎 (山里印)

記入漏れがないようにして下さい。

貸付番号 (県社協使用欄)	
------------------	--

借用書 (長崎県介護福祉士実務者研修受講資金)

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福祉士実務者研修受講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、研修施設で修了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。なお本規程に定めることを履行できないときは、本規程に従い返還いたします。

また借用期限到来後は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。

借用期間	実務者研修施設での受講期間 ※様式第2号申請書記載の受講期間と同一
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2年を経過するまでの期間で、下記返還猶予理由に該当する期間。
返還猶予要件 (右記いずれか)	①研修施設卒業後、介護福祉士を目指しながら長崎県内で介護等業務に従事中かつ介護福祉士初回受験予定年度の翌々年度5月31日が到来していないこと。 ②長崎県内で介護福祉士として介護等業務に従事していること。
借用総額 ※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。再作成して下さい。	金 円

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願います。

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

返還猶予申請書(実務者研修受講資金)

長崎県社会福祉協議会会長 様

貸付番号	3KB9999	氏名	長崎 花子
住所等	〒852-9999 長崎市浦上町99-99		
	携帯電話	090(9999)9999	自宅電話
法人名	社会福祉法人 茂里会		
介護事業所名	ヘルパーステーション茂里町		

借入日	平成・令和 4年 7月 10日	借用総額	107,000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2年を経過するまでの期間で、下記返還猶予理由に該当する期間。		
借入時の返還猶予要件(右記いずれか)	①研修施設卒業後、介護福祉士を目指しながら長崎県内で介護等業務に従事中心かつ介護福祉士初回受験予定年度の翌々年度5月31日が到来していないこと。 ②長崎県内で介護福祉士として介護等業務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 5年 12月 10日 から 令和 6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実務者研修受講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 5年 12月 26日

貸付申請者
(本人自筆)

長崎 花子



令和 5年 12月 26日

連帯保証人
(本人自筆)

山里 太郎



返還猶予申請書 (実務者研修受講資金)

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 ()
法人名			
介護事業所名			

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	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2年を経過するまでの期間で、下記返還猶予理由に該当する期間。		
借入時の返還猶予要件 (右記いずれか)	①研修施設卒業後、介護福祉士を目指しながら長崎県内で介護等業務に従事中かつ介護福祉士初回受験予定年度の翌々年度5月31日が到来していないこと。 ②長崎県内で介護福祉士として介護等業務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

上記のとおり長崎県介護福祉士実務者研修受講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) ⑩

令和 年 月 日 連帯保証人 (本人自筆) ⑩

業務従事届 (実務者研修受講資金)

長崎県社会福祉協議会会長 様

【借入人欄】

貸付番号	3KB9999	氏名	長崎 花子	生年月日	昭和 平成 6年 3月 25日生
住所等	〒852-9999 長崎市浦上町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 電話095(999)8888 長崎市茂里町99-99		
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	平成 令和 18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 5年 5月 31日 氏名 長崎 花子 (印) 長崎

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 5年 5月 31日
業務従事先の住所 長崎市茂里町99-99
業務従事先の名称 ヘルパーステーション茂里町
業務従事先の長の職及び氏名 施設長 茂里太郎 (茂里町施設長公印)

事業所の公印を押印ください。

業務従事届 (実務者研修受講資金)

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	昭和・平成 年 月 日
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 () <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 type="checkbox"/> 以上 <input type="checkbox"/> 未満
採用年月日	平成・令和 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

(印)

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(実務者研修受講資金)

返還免除申請書(実務者研修受講資金)

長崎県社会福祉協議会会長 様

貸付番号	3KB9999		
住所等	〒852-9999 長崎市浦上町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 6年 3月 25日生
介護福祉士登録年月日	平成・令和 5年 4月 25日		
勤務先法人名	社会福祉法人 茂里会		
勤務先事業所名	ヘルパーステーション茂里町		

借入日	平成 令和 4年 7月 10日	借用総額	107,000 円
		返還済額	0 円
		返還免除申請額	107,000 円
申請理由 該当番号を○で 囲んで下さい。	<ol style="list-style-type: none"> 介護福祉士試験受験資格(研修施設卒業かつ実務経験3年)取得年度の翌々年度内に介護福祉士の登録をし、その後長崎県内で2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ください。
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実務者研修受講資金の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 7年 4月 25日

貸付申請者
(本人自筆)

長崎 花子

印

長崎

返還免除申請書 (実務者研修受講資金)

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	平成・令和 年 月 日		
勤務先法人名			
勤務先事業所名			

借入日	平成・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 <small>該当番号を○で囲んで下さい。</small>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 介護福祉士試験受験資格(研修施設卒業かつ実務経験3年)取得年度の翌々年度内に介護福祉士の登録をし、その後長崎県内で2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ください。
 理由1の場合、業務従事従事届(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実務者研修受講資金の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)

印

返還計画書

令和 5 年 5 月 6 日

長崎県社会福祉協議会会長 様

貸付番号	3KB9999		
住所等	〒852-9999 長崎市浦上町99-99 携帯電話090(9999)9999 自宅電話095(999)9999		
氏名	長崎 花子	長崎印	生年月日 昭和・平成55年4月10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	107,000 円	
最終期限	令和 5 年 9 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	分割方法：初回 令和 5 年 5 月に 27,000 円返還 令和 5 年 6 月から令和 5 年 8 月まで毎月 20,000 円返還 最終期限に 20,000 円返還し完済する。
※返還金 振込先 希望振込先銀行を ○囲み	口座名義：社会福祉法人 長崎県社会福祉協議会 金融機関：1. 十八親和銀行、2. 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 〒852-8999
長崎市茂里町99-98

携帯電話 090 (999) 5555
自宅電話 095 (999) 2222

氏名 山里 太郎

山里印

[連帯保証人]

住所等 〒 _____

携帯電話 ()
自宅電話 ()

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。

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	Ⓜ	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 <small>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。</small>	一括 ・ 分割	初回 令和 年 月に 円返還 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 <small>希望振込先銀行を ○で囲んで下さい。</small>	口座名義：社会福祉法人 長崎県社会福祉協議会 金融機関：1. 十八親和銀行、2. 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 <small>該当番号を○で囲 んで下さい。</small>	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 Ⓜ

[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。

退 職 届

令和 **5** 年 **9** 月 **15** 日

長崎県社会福祉協議会会長 様

貸付番号 **3KB9999**
 現住所 〒**852-9999**
長崎市浦上町99-99
 携帯電話 **090(9999)9999**
 自宅電話 **095(999)9999**
 氏名 **長崎 花子** 長崎

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	〒 852-8999 長崎市茂里町99-99 電話 095(999)8888	
	従業員名	生年月日	長崎 花子 昭和 ・平成 55 年 4 月 10 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	平成 令和 19 年 4 月 1 日	
	退職年月日	令和 5 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 **5** 年 **9** 月 **15** 日

業務従事先の住所 **長崎市茂里町99-99**

業務従事先の名称 **ヘルパーステーション茂里町**

業務従事先の長の職及び氏名 **施設長 茂里太郎**

茂里町
施設長
公印

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 ㊟

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		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

㊟

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

印

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。

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"/> 借受人自身、 <input type="checkbox"/> 連帯保証人、 <input type="checkbox"/> 遺族	
	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)	住所等	〒 _____ 電話 ()	
名 称				
職 種				

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】※変更する方

現住所 〒 _____

氏名 (印)

【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 (印)

貸付番号 <small>(県社協使用欄)</small>		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
福祉人材センター 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 095-894-4027

FAX 095-846-8798

※ 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	