



# 離職介護人材再就職準備金 貸付事業の手引き

社会福祉法人 大分県社会福祉協議会



# 目 次

## 1. 制度の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P1

---

- (1) 概要と目的
- (2) 貸付対象者
- (3) 貸付額
- (4) 利 子
- (5) 貸付回数

## 2. 貸付の申請・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P2

---

- (1) 申請方法
- (2) 連帯保証人
- (3) 他の貸付制度との併用

## 3. 貸付の決定と交付・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P2

---

- (1) 貸付決定
- (2) 提出書類
- (3) 資金の交付

## 4. 貸付契約の解除・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P3

---

## 5. 返還の債務の当然免除・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P3

---

- (1) 免除の条件
- (2) 提出書類
- (3) 免除の決定

## 6. 返 還・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P3

---

- (1) 返還対象
- (2) 提出書類
- (3) 返還方法
- (4) 返還口座

## 7. 返還の債務の履行猶予・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P4

---

- (1) 猶予対象
- (2) 提出書類
- (3) 提出期限
- (4) 履行猶予の決定

8. 現況確認・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P4

---

- (1) 提出書類
- (2) 提出期限

9. 届出の義務・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P4

---

10. 退職したときの手続き・・・・・・・・・・ P5

---

- (1) 再就職する場合
- (2) 再就職しない場合

11. 提出先及び連絡先・・・・・・・・・・ P5

---

12. 諸様式・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P6

---

13. 申請・届出に必要な書類一式・・・・・・・・ P7

---

14. 申請から免除までのフロー・・・・・・・・ P8

---

15. 各種届出様式・・・・・・・・・・・・・・・・ P9

---

## 1. 制度の概要

### (1) 概要と目的

この貸付制度は、介護職としての一定の知識及び経験を有する離職中の方が、介護保険サービス事業所・施設において対象となる職種（以下「介護職員等※」という。）として再就職する際、必要となる経費に充当するための資金を無利子で貸し付けを行い、大分県内で必要とされる福祉人材の養成・確保を行うことを目的としています。

また、介護職員等※として再就職した日から大分県内において2年間引き続き介護職の業務に従事した場合は返還債務の全部が免除されます。

### (2) 貸付対象者

次の①～⑤の要件をすべて満たす方。

- ① 大分県内に住民登録をしている方で、直近の介護職員等※としての離職日から介護職員等※として再就労するまでの間（離職期間）が6ヶ月以上ある方。
- ② 介護職員等※としての実務経験を1年以上（雇用期間が通算365日以上かつ介護等の業務に従事した期間が180日以上）有する方。
- ③ 直近の介護職員等※としての離職日から、介護職員等※として再就労するまでの間に大分県福祉人材センターに氏名、住所等の届出または登録を行っている方。（※届出書＜別紙1＞のコピーを大分県福祉人材センターに送付します。）
- ④ 次のいずれかに該当する方。
  - イ) 介護福祉士
  - ロ) 実務者研修修了者
  - ハ) 介護職員初任者研修修了者（介護職員基礎研修、ホームヘルパー1級・2級を含む）
- ⑤ 介護職員等※として大分県内の事業所又は施設に再就職が内定又は決定した方

（注）「介護職員等※」とは【表1】の「(1)対象となる介護保険サービス」を行う介護保険サービス事業所・施設において「(2)対象となる職種」に従事する者を指します。

【表1】

| (1)対象となる介護保険サービス   |                      |
|--------------------|----------------------|
| ①(介護予防)訪問介護        | ⑫看護小規模多機能型居宅介護       |
| ②夜間対応型訪問介護         | ⑬(介護予防)認知症対応型共同生活介護  |
| ③定期巡回・随時対応型訪問介護看護  | ⑭介護福祉施設サービス          |
| ④(介護予防)訪問入浴介護      | ⑮地域密着型介護老人福祉施設サービス   |
| ⑤(介護予防)通所介護        | ⑯(介護予防)短期入所生活介護      |
| ⑥地域密着型通所介護         | ⑰介護保健施設サービス          |
| ⑦(介護予防)通所リハビリテーション | ⑱(介護予防)短期入所療養介護(老健)  |
| ⑧(介護予防)特定施設入居者生活介護 | ⑲介護療養施設サービス          |
| ⑨地域密着型特定施設入居者生活介護  | ⑳(介護予防)短期入所療養介護(病院等) |
| ⑩(介護予防)認知症対応型通所介護  | ㉑第1号訪問事業             |
| ⑪(介護予防)小規模多機能型居宅介護 | ㉒第1号通所事業             |
| (2)対象となる職種         |                      |
| 介護職員、訪問介護員         |                      |

※対象外業務：障がい者施設における介護業務、住宅型有料老人ホームのみの介護業務（併設の通所介護等の業務は該当）等

※対象外職種：管理者、サービス管理責任者、介護支援専門員、生活相談員、事務員、調理員、運転手 等

※職種：「主たる業務が介護等の業務を行う職員」が該当する場合があります。

### (3) 貸付金額等

- ① 貸付金額 400,000 円以内

② 貸付対象となる経費（再就職の際に必要な次に掲げる経費）

イ) 子どもの預け先を探す際の活動費

ロ) 介護に係る軽微な情報収集や学び直しのための講習会参加経費、国家試験の受験手数料  
又は参考図書等の購入費

ハ) 介護職員等※として働く際に必要となる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当該道具を入れる靴等の被服費

ニ) 敷金、礼金又は転居費など転居を伴う場合に必要となる費用

ホ) 通勤用の自転車又はバイクの購入費

ヘ) その他（具体的に）

(4) 利 子

貸付利子は無利子です。

ただし、正当な理由がなく返還期限までに返還しなかった場合は、返還すべき額につき、年3%の割合で計算した延滞利子を徴収します。

(5) 貸付回数

一人一回限りとなります。

## 2. 貸付の申請

(1) 申請方法

貸し付けを受けようとするときは、以下の書類を、大分県社会福祉協議会（以下、「県社協」という。）に提出してください。

① 届出書＜別紙1＞ ←※就職日前日までに必ず提出してください

② 再就職準備金利用計画書＜別紙2＞

③ 実務経験証明書＜別紙3＞

④ 再就職準備金貸付申請書＜第1号様式＞

⑤ 再就職（内定・決定）証明書＜第2号様式＞

⑥ 保有資格の取得証明書又は修了証明書の写し

⑦ 申請者及び連帯保証人の住民票（※申請者と連帯保証人が同一住所の場合は、1通に綴ったものでも可。ただし、必ず2名分の記載が確認できること）

⑧ 所得・課税証明書（連帯保証人分）

イ) 給与所得のみの場合

源泉徴収票又は直近の給与支給明細書の写しでも可

ロ) 営業所得、農業所得などの給与所得以外の所得がある場合  
確定申告書の写しでも可

⑨ 貸付申請に係る同意及び誓約書＜第4号様式＞

(2) 連帯保証人

連帯保証人は、原則として大分県内に住所を有する成年者とします。

ただし、必要と認める場合、県外に住所を有する方でも差し支えないものとします。

なお、貸し付けを受けようとする方が未成年である場合は、連帯保証人は法定代理人となります。

(3) 他の貸付制度との併用

生活福祉資金や母子父子寡婦福祉資金、その他の国庫補助事業等を活用した制度との併用はできません。

※本制度の貸付決定後（貸付期間中）に重複での借入れが判明した場合は、本再就職準備金貸付の契約を解除し、一括で貸付金の返還を求めることがあります。

## 3. 貸付の決定と交付

(1) 貸付決定

提出された書類を審査し貸付の可否を決定します。審査結果については「再就職準備金貸付決定通知

書」、または「再就職準備金不承認通知書」により申請者及び連帯保証人に通知します。

(2) 提出書類

「再就職準備金貸付決定通知書」を受け取った日から 14 日以内に下記①～④の書類を提出してください。

- ① 再就職準備金借用証書
- ② 印鑑登録証明書（申請者と連帯保証人分。ただし、未成年者の印鑑登録証明書は不要）
- ③ 振込口座申請書＜第 5 号様式＞
- ④ 振込口座通帳のコピー（金融機関名、支店名、口座番号、漢字、カタカナ口座名義が記載されているページすべての写し）コピーは A 4 サイズでお願いします。

(3) 貸付金の交付

貸付契約後、貸付金は一括交付とし、指定の口座に振り込みます。

#### 4. 貸付契約の解除

以下のいずれかに該当することとなった場合は、貸付契約が解除されます。

- イ) 施設、事業所からの採用（内定）が取り消しになったとき。
- ロ) 採用（内定）を辞退した場合。
- ハ) 死亡したとき。
- ニ) その他、貸付事業の目的を達成する見込みがなくなると認められるとき。

#### 5. 返還債務の当然免除

(1) 免除の条件

- ① 借受人が介護職員等※として就労した日から、大分県内で引き続き 2 年間(業務従事期間が通産 730 日以上、かつ業務従事日数が 360 日以上)その業務に従事したとき。
- ② 借受人が上記の期間中に業務上の事由により死亡し、また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。

(2) 提出書類

- ① 返還免除申請書＜第 8 号様式＞
- ② 業務従事期間証明書＜第 9 号様式＞
- ③ (1) ②の場合、当該理由についての証明書となる医師の診断書等の写し。

(3) 免除の決定

返還免除の可否を審査決定し、その結果を借受人及び連帯保証人に通知します。

#### 6. 返還

(1) 返還対象

以下のいずれかに該当することとなった場合、当該返還理由が生じた日の属する月の翌月から貸付金の返還をしていただきます。

- ① 貸付契約が解除されたとき。
- ② 介護職員等※として再就職後、2 年以内に自己都合等により退職したとき。
- ③ 大分県内において介護職員等※の業務に従事する意思がなくなったとき。
- ④ 介護職員等※の業務外の事由により死亡し、または心身の故障により業務に従事できなくなったとき。
- ⑤ 5. (1)「免除の条件」を満たしていない期間内に、貸付金の猶予申請を行わなかったとき。

(2) 提出書類

返還計画書＜第 11 号様式＞

(3) 返還方法

貸付金の返還は、貸付金全額について、一括、または元金均等の月賦（返還期間 12 ヶ月以内）払いの方法により返還していただきます。

なお、繰り上げて返還することは可能です。

(4) 返還口座

返還金は指定する県社協の口座に振込みをしていただきます。

なお、振込手数料は振り込み人のご負担となります。

## 7. 返還の債務の履行猶予

(1) 猶予対象

次のいずれかに該当するときは、当該事由が継続する期間、貸付金の返還を猶予することができます。

- ① 借受人が県内において、介護職員等※の業務に従事しているとき。
- ② 借受人が、災害、疾病、負傷、その他やむを得ない事由があるとき。

(2) 提出書類

業務従事開始から 2 年間分申請していただきます。なお、猶予期間中に変更が生じたときは「9. 届出の義務」に添って書類を提出してください。

- ① 返還猶予申請書＜第 6 号様式＞
- ② 事由を証明する書類
  - イ) 7. (1)①の場合（業務従事届＜第 7 号様式＞）
  - ロ) 7. (1)②の場合（医師の診断書または事由を証明する書類、異動届＜第 10 号様式＞）

(3) 提出期限

当該理由が生じた日から 14 日以内

(4) 猶予の決定

申請に基づき返還猶予の可否及び期間を決定し、その結果を借受人及び連帯保証人に通知します。

## 8. 現況確認

返還が免除されるまで、毎年 4 月 1 日現在の状況について報告書を提出していただきます。

(1) 提出書類

現況報告書＜第 17 号様式＞

(2) 提出期限

毎年 4 月 15 日頃まで

## 9. 届出の義務

借受人（親族及び連帯保証人）は、貸付・返還猶予期間中に次に該当する事由が生じたときは、その事由が生じた日から 14 日以内に所定の様式に証明する書類を添えて提出していただきます。

※ 期日までに書類が提出されないときは、返還開始の手続きに移行しますのでご注意ください。

- ① 借受人及び連帯保証人の住所、氏名、その他重要な事項に変更があったとき。  
（異動届＜第 10 号様式＞）
- ② 貸付を辞退するとき。（貸付辞退届＜第 18 号様式＞）
- ③ 借受人が死亡したとき。（借受人死亡届＜第 14 号様式＞）
- ④ 死亡その他の理由により連帯保証人を変更したいとき。（連帯保証人変更願＜第 13 号様式＞）
- ⑤ 借受人が業務従事先を休職・復職・退職したとき。（異動届＜第 10 号様式＞） 母子手帳の写し等。



## 10. 退職したときの手続き

- (1) 退職した日の属する月の翌月末日までに、県内において介護職員等※の業務に再就職する場合。  
(返還金が生じない)

①提出書類

- イ) 異動届<第10号様式>
- ロ) 業務従事期間証明書<第9号様式> (退職した事業主等が証明するもの)
- ハ) 業務従事届<第7号様式> (次に再就職した事業主等が証明するもの)

②提出期限

退職日から14日以内

- (2) 退職した日の属する月の翌月末日までに、県内で介護職員等※の業務に再就職しない場合。  
(返還金が生じる)

① 提出書類

- イ) 異動届<第10号様式>
- ロ) 業務従事期間証明書<第9号様式> (退職した事業主等が証明するもの)
- ハ) 返還計画書<第11号様式>

② 提出期限

退職日から14日以内

## 11. 提出先及び連絡先

〒870-0907

大分市大津町2丁目1番41号 大分県総合社会福祉会館内  
大分県社会福祉協議会 福祉資金部  
TEL : 097-515-7771 FAX : 097-515-7772

\*大分県社協のホームページに様式等掲載していますので、ダウンロードしてお使いください。

<http://www.oitakensyakyo.jp/>

※手引きの内容や様式は予告なく変更する可能性がありますので、ホームページに掲載の最新版の手引きを参照してください。

## 12. 諸様式

※コピーしてご利用ください。ホームページからもダウンロードできます。

| 様式番号     | 様式名称                     | ページ            |
|----------|--------------------------|----------------|
| 別紙 1     | 届出書                      | P 9            |
| 別紙 2     | 再就職準備金利用計画書              | P 10           |
| 別紙 3     | 実務経験証明書 ※両面コピーしてください     | <u>P 11・12</u> |
| 第 1 号様式  | 再就職準備金貸付申請書 ※両面コピーしてください | <u>P 13・14</u> |
| 第 2 号様式  | 再就職(内定・決定)証明書            | P 15           |
| 第 4 号様式  | 介護人材再就職準備金貸付申請に係る同意及び誓約書 | P 16           |
| 第 5 号様式  | 振込口座申請書                  | P 17           |
| 第 6 号様式  | 返還猶予申請書                  | P 18           |
| 第 7 号様式  | 業務従事届                    | P 19           |
| 第 8 号様式  | 返還免除申請書                  | P 20           |
| 第 9 号様式  | 業務従事期間証明書                | P 21           |
| 第 10 号様式 | 異動届                      | P 22           |
| 第 11 号様式 | 返還計画書                    | P 23           |
| 第 13 号様式 | 連帯保証人変更願                 | P 24           |
| 第 14 号様式 | 借受人死亡届                   | P 25           |
| 第 17 号様式 | 現況報告書                    | P 26           |
| 第 18 号様式 | 貸付辞退届                    | P 27           |

※P28 の(参考)もご覧ください。

※申請書類等の記入・提出にあたって

- ・申請書類等は、必ず黒ボールペン（消えないペン）で記入してください。（鉛筆は不可）
- ・各項目について記入漏れのないよう正確に記入してください。記入漏れや添付書類に不備があった場合は受付ができません。
- ・記入内容の訂正は、訂正箇所を二重線で消し、訂正印を押して正しい事項を記入してください。（修正液等は使用不可）
- ・提出する申請書類等はコピーをとり、お手元に保管してください。
- ・記入方法等、ご不明な点がございましたら、お問い合わせください。

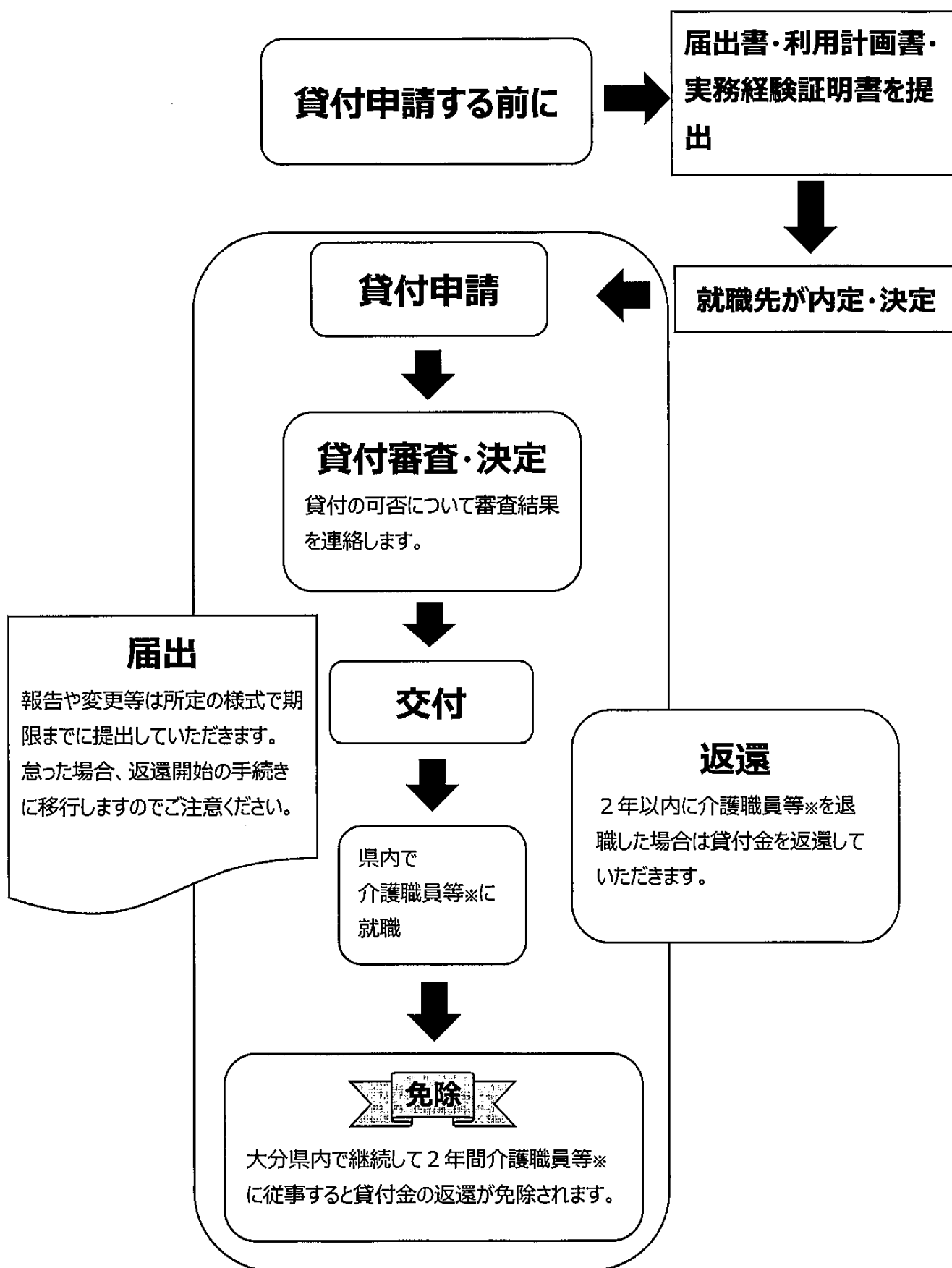
### 13. 申請・届出に必要な書類一覧

| 区分             | こんなとき                                                                                                | 必要書類                                                                                                                                                                   | 備 考                                                                                                                     |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                |                                                                                                      | 様式・その他添付書類                                                                                                                                                             |                                                                                                                         |
|                | 貸付申請をする前に                                                                                            | ①届出書<別紙1>                                                                                                                                                              | ※就職日前日までに必ず提出してください。                                                                                                    |
| A 申請から交付貸付まで   | 貸付申請をするとき                                                                                            | ①再就職準備金利用計画書<別紙2><br>②実務経験証明書<別紙3><br>③貸付申請書<第1号様式><br>④再就職(内定・決定)証明書<第2号様式><br>⑤保有資格の取得証明または修了証明書の写し<br>⑥申請者及び連帯保証人の住民票<br>⑦連帯保証人の収入を証明する書類<br>⑧貸付申請に係る同意及び誓約書<第4号様式> | ※②通算年数が1年以上になるよう記入する<br>※⑥申請者と連帯保証人が同一住所の場合は、1通に綴ったものでも可。ただし、必ず2名分の記載が確認できること<br>※⑦給与所得のみの方は所得・課税証明書等の写し、それ以外の方は確定申告の写し |
|                | 「貸付決定通知書」を受け取ったとき                                                                                    | ①借用証書<br>②印鑑登録証明書(申請者、連帯保証人)<br>③振込口座申請書<第5号様式><br>④振込口座通帳のコピー(A4サイズをお願いします)                                                                                           | ※①実印を押印すること<br>※④金融機関名、支店名、口座番号、漢字、カタカナ口座名義のわかるページをすべてコピー                                                               |
| B 返還猶予から返還免除まで | 県内で介護職員等※として就労したとき                                                                                   | ①返還猶予申請書<第6号様式><br>②業務従事届<第7号様式>                                                                                                                                       |                                                                                                                         |
|                | 年度替わり(毎年4月1日時点)に現況を報告するとき                                                                            | ①現況報告書<第17号様式>                                                                                                                                                         | ※毎年4月15日頃までに提出すること                                                                                                      |
|                | (1)貸付を受け再就労した日から2年間引き続き県内※において介護職員等 <sup>〃</sup> の業務に従事したとき (2)業務上の事由により死亡または、心身の故障により業務に従事できなくなったとき | ①返還免除申請書<第8号様式><br>②業務従事期間証明書<第9号様式>                                                                                                                                   | ※(2)の場合は、医師の診断書等の写し                                                                                                     |
| C 猶予           | 退職した場合(その1)退職した翌月までに、県内で介護職員等 <sup>〃</sup> の業務に再就職したとき                                               | ①異動届<第10号様式><br>②業務従事期間証明書<第9号様式><br>③業務従事届<第7号様式>                                                                                                                     | ※②は退職した事業所等が証明するもの<br>※③は次に再就職した事業所等が証明するもの                                                                             |
| D 返還           | 退職した場合(その2)退職した翌月までに、県内で介護職員等 <sup>〃</sup> の業務に再就職しないとき、または業務外の事由により死亡し、または心身の故障により業務に従事できなくなったとき    | ①異動届<第10号様式><br>③業務従事期間証明書<第9号様式><br>③返還計画書<第11号様式>                                                                                                                    | ※退職日の翌月から返還が始まります                                                                                                       |
| E 届出           | 借受人が休職したとき<br>復職したとき                                                                                 | ①異動届<第10号様式>、医師の診断書、母子手帳の写し等                                                                                                                                           |                                                                                                                         |
|                | 借受人及び連帯保証人の住所、氏名等に変更があったとき                                                                           | ①住所・氏名等変更届<第12号様式><br>②住民票                                                                                                                                             |                                                                                                                         |
|                | 連帯保証人を変更するとき                                                                                         | ①連帯保証人変更願<第13号様式><br>②住民票(連帯保証人分)<br>③誓約書<第4号様式><br>④印鑑登録証明書(連帯保証人分)<br>⑤所得・課税証明書(連帯保証人分)<br>⑥借用証書                                                                     | (※必要に応じて提出していただきます。)                                                                                                    |
|                | 借受人が死亡したとき                                                                                           | ①借受人死亡届<第14号様式><br>②死亡診断書、または借受人の戸籍抄本若しくは戸籍謄本                                                                                                                          |                                                                                                                         |

(注) 県内※について

勤務先の所在地が県外であっても、国立障害者リハビリセンター、国立児童自立支援施設等において従事する場合、東日本大震災の被災県等(岩手県、宮城県、福島県及び熊本県に限る。)において従事する場合は県内と同様とみなします。

#### 14. 申請から免除までのフロー



## 再就職準備金貸付事業にかかる介護人材の届出書

|             |                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 届出年月日       | (西暦) 年 月 日                                                                                                                                                                                                           |
| フリガナ<br>氏 名 |                                                                                                                                                                                                                      |
| 性 別         | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女                                                                                                                                                                |
| 生年月日        | (西暦) 年 月 日                                                                                                                                                                                                           |
| 住 所 等       | 〒 ー<br><br>携帯電話<br><br>固定電話                                                                                                                                                                                          |
| 就業に関する状況    | <input type="checkbox"/> 現在、就 業 中 ( 介 護 分 野 ) <input type="checkbox"/> 現在、就 業 中 ( 介 護 分 野 以 外 )<br><input type="checkbox"/> 現在、就業していない                                                                               |
|             | 介護職として勤続経験年数 ( 通 算 ) 年 ヶ月                                                                                                                                                                                            |
| 復職の意向       | <input type="checkbox"/> すぐに <input type="checkbox"/> いずれ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未定                                                                                                    |
| ※介護福祉士の場合   | 登録番号 第 号<br>登録年月日 年 月 日                                                                                                                                                                                              |
| ※介護福祉士以外の場合 | <input type="checkbox"/> ホームヘルパー1 級 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー 2 級 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー 3 級<br><input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 実務者研修 |

この届出書にご記入いただいた個人情報については、社会福祉法人大分県社会福祉協議会の個人情報保護に関する方針（プライバシーポリシー）に基づき厳重に管理します。この届出書による個人情報は、法令に定めのある場合を除き、再就職準備金貸付事業の要件確認、大分県福祉人材センターへの情報提供を行う目的に限り利用します。また、大分県福祉人材センターによる職業紹介をご希望の場合は、求職票による求職登録をお願いします。

## 離職介護人材再就職準備金利用計画書

大分県社会福祉協議会会長 殿

以下のとおり、再就職準備金利用計画を提出します。

|                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |      |               |     |   |   |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------|-----|---|---|
| フリガナ                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 生年月日 | 西暦            | 年   | 月 | 日 |
| 氏 名                                         | 印                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      | (満            | 歳)  |   |   |
| 住 所                                         | 〒                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |               |     |   |   |
|                                             | 携帯電話                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ( )  | 固定電話          | ( ) |   |   |
| 保有資格等<br>※該当する( )に<br>○をつけてください。            | <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 訪問介護員(ホームヘルパー) 2 級<br><input type="checkbox"/> 実務者研修<br><input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修<br><input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修<br><input type="checkbox"/> 訪問介護員(ホームヘルパー) 1 級                                                                                                                                  |      |               |     |   |   |
| 介護職としての<br>実務経験年数                           | 通算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 年    | ヶ月            |     |   |   |
| 借入希望金額                                      | 金                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 円    | (400,000 円以内) |     |   |   |
| 借入の目的<br>※該当する( )に○<br>をつけてください。<br>(複数回答可) | <input type="checkbox"/> 子どもの預け先を探す際の活動費<br><input type="checkbox"/> 介護に係る軽微な情報収集や学び直しのための講習会参加経費、国家試験<br>の受験手数料又は参考図書等の購入費<br><input type="checkbox"/> 介護職員等※として働く際に必要となる靴や訪問介護員等として利用者の<br>居宅を訪問する際に必要となる道具又は当該道具を入れる鞆等の被服費<br><input type="checkbox"/> 敷金、礼金または転居費などを伴う場合に必要となる費用<br><input type="checkbox"/> 通勤用の自転車又はバイクの購入費<br><input type="checkbox"/> その他(具体的に) |      |               |     |   |   |
| 再就職予定年月日                                    | (西暦)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 年    | 月             | 日   |   |   |
| 直近の退職年月日<br>(介護職に限る)                        | (西暦)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 年    | 月             | 日   |   |   |

【添付書類】再就職準備金貸付事業にかかる介護人材の届出書

離職介護人材再就職準備金  
実務経験証明書

大分県社会福祉協議会会長 殿

|         |                          |            |
|---------|--------------------------|------------|
| フリガナ    |                          | 生 年 月 日    |
| 氏 名     | ⑤                        | （西暦） 年 月 日 |
| 住所・電話番号 | 〒 ー<br>携帯電話 （ ） 固定電話 （ ） |            |

私は、以下のとおり介護職員等※の業務に従事していたので、次のとおり届け出ます。

|                       |                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 法 人 名                 |                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所・施設名等              |                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | 連絡担当者名                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | 介護保険事業所番号                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護保険サービスの種類           |                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 従事先住所等                | 〒 ー<br>電話 （ ）                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 業 務 従 事 期 間<br>（雇用期間） | （西暦） 年 月 日から 年 月 日<br>ケ月                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| うち介護等の業務<br>に従事した実日数  | いずれかに○を ※休日、休暇、病気、出張、研修等で従事しなかった日は除く。<br>① 180日以上 ② その他（ 日） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

【事業主証明欄】

上記のとおり、相違ないことを証明します。

（西暦） 年 月 日

所在地  
法人名  
代表者の職・氏名

印

**「離職介護人材再就職準備金 実務経験証明書」発行にあたり御留意いただきたいこと**

「離職介護人材再就職準備金 実務経験証明書」の発行にあたりましては、以下の事項に御留意ください。

(1) この実務経験証明書は、「離職した介護人材の再就職準備金貸付事業」の貸付対象要件となる「介護職員等※」（注1）としての「実務経験を1年以上」（注2）有することを証明するためのものです。証明を依頼した貸付希望者が、この要件に該当するかを御確認のうえ発行をお願いいたします。（この要件に該当する業務に従事していた期間・日数のみについてご記入ください。）

（注1）「介護職員等※」とは表1の「（1）対象となる介護保険サービス」を行う介護保険サービス事業所・施設において「（2）対象となる職種」に従事する者を指します。

（注2）「実務経験を1年以上」とは、「雇用期間が通算365日以上」かつ「介護等の業務に従事した日数が180日以上」を指します。（複数の事業所又は施設の実務経験合算も可。）

【表1】

|                    |                      |
|--------------------|----------------------|
| (1)対象となる介護保険サービス   |                      |
| ①(介護予防)訪問介護        | ⑫看護小規模多機能型居宅介護       |
| ②夜間対応型訪問介護         | ⑬(介護予防)認知症対応型共同生活介護  |
| ③定期巡回・随時対応型訪問介護看護  | ⑭介護福祉施設サービス          |
| ④(介護予防)訪問入浴介護      | ⑮地域密着型介護老人福祉施設サービス   |
| ⑤(介護予防)通所介護        | ⑯(介護予防)短期入所生活介護      |
| ⑥地域密着型通所介護         | ⑰介護保健施設サービス          |
| ⑦(介護予防)通所リハビリテーション | ⑱(介護予防)短期入所療養介護(老健)  |
| ⑧(介護予防)特定施設入居者生活介護 | ⑲介護療養施設サービス          |
| ⑨地域密着型特定施設入居者生活介護  | ⑳(介護予防)短期入所療養介護(病院等) |
| ⑩(介護予防)認知症対応型通所介護  | ㉑第1号訪問事業             |
| ⑪(介護予防)小規模多機能型居宅介護 | ㉒第1号通所事業             |
| (2)対象となる職種         |                      |
| 介護職員、訪問介護員         |                      |

※対象外業務：障がい者施設における介護業務、住宅型有料老人ホームのみの介護業務（併設の通所介護等の業務は該当）等

※対象外職種：管理者、サービス管理責任者、介護支援専門員、生活相談員、事務員、調理員、運転手等

※職種：「主たる業務が介護等の業務を行う職員」が該当する場合があります。

- (2) 実務経験証明書に記入する内容は、必ず根拠資料（介護記録・シフト表など）に基づいて証明してください。記入内容に関する書類等が保管されていないなど、貸付希望者が該当業務に従事した期間・日数が曖昧な場合は、証明書を記入・発行しないでください。
- (3) 「うち介護等の業務に従事した実日数」の欄は、従事期間中、実際に当該業務に従事した日数を記入してください（休日・休暇・病気・出張・研修等で業務に従事しなかった日を除いた日数）。実日数の計算において1日の勤務時間は問いません。勤務時間が短い場合も1日として計算します。また、夜勤の勤務時間が17時～10時（仮定）の場合は、1日の従事日数として計算します。
- (4) 施設開所前の開設準備期間等における雇用の期間は実務経験に算定できません。
- (5) 同一法人内で複数の事業所又は施設に勤務していた場合は、それぞれで実務経験証明書を発行してください。
- (6) 従事期間に中断期間がある場合などは、中断期間を除いた従事期間、日数を2段書きで記載してください。
- (7) 記載内容を訂正する場合には、訂正印の押印をお願いします。（訂正印のない修正は無効とさせていただきます。）なお、証明印と同じ印を訂正印として御使用ください。
- (8) この証明書は、事業所単位で作成してください。



## 貸 付 申 請 書

大分県社会福祉協議会会長 殿

離職介護人材再就職準備金の貸付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

|                                           |                                                                                                                                                                                                                 |                      |       |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|
| フリガナ                                      |                                                                                                                                                                                                                 |                      |       |
| 申請者氏名                                     | ⑩                                                                                                                                                                                                               |                      |       |
| 生年月日                                      | （西暦）                                                                                                                                                                                                            | 年 月 日生               | （満 歳） |
| 申請者住所                                     | 〒                                                                                                                                                                                                               |                      |       |
| 電 話 等<br>（連絡先）                            | 携帯電話 （ ）                                                                                                                                                                                                        | 固定電話 （ ）             |       |
| 借入希望金額                                    | 金                                                                                                                                                                                                               | 円 （400,000 円以内）      | -     |
| 再 就 職 （ 内 定 ）<br>した勤務先                    | 法人名                                                                                                                                                                                                             |                      |       |
|                                           | 事業所・施設名                                                                                                                                                                                                         |                      |       |
|                                           | 所在地                                                                                                                                                                                                             | 〒                    |       |
|                                           | 職 種                                                                                                                                                                                                             |                      |       |
|                                           | 勤務開始年月日                                                                                                                                                                                                         | （西暦） 年 月 日           |       |
| 保有資格等                                     | <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 実務者研修 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修<br><input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー 1 級 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー 2 級 |                      |       |
| 介護職員等※としての<br>実務経験年数<br>※直近のものから記入してください。 | 通算 年 月 （1年以上必要）                                                                                                                                                                                                 |                      |       |
|                                           | 過去の勤務先（事業所名）                                                                                                                                                                                                    | 勤務年月（期間）             |       |
|                                           |                                                                                                                                                                                                                 | 年 月 日～ 年 月 日<br>（西暦） |       |
|                                           |                                                                                                                                                                                                                 | 年 月 日～ 年 月 日<br>（西暦） |       |
|                                           |                                                                                                                                                                                                                 | 年 月 日～ 年 月 日<br>（西暦） |       |

第1号様式（離）（第2面）

| 連帯保証人になる方に関する事項（※連帯保証人が自署のこと） |                |                          |         |
|-------------------------------|----------------|--------------------------|---------|
| 連<br>帯<br>保<br>証<br>人         | フリガナ           |                          | 申請者との関係 |
|                               | 氏 名            | ⑩                        |         |
|                               | 生年月日           | （西暦） 年 月 日生（満 歳）         |         |
|                               | 現 住 所<br>（連絡先） | 〒 ー<br>携帯電話 （ ） 固定電話 （ ） |         |
|                               | 勤務先名           |                          |         |
|                               | 勤務先住所          | 〒 ー<br>電話 （ ）            |         |

【添付書類】

- 1 再就職（内定・決定）証明書〈第2号様式〉
- 2 保有資格の取得証明または修了証明書の写し
- 3 申請者及び連帯保証人の住民票（※申請者と連帯保証人が同一住所の場合は、1通に綴ったものでも可。  
ただし、必ず2名分の記載が確認できること）
- 4 連帯保証人の収入を証明する書類（所得・課税証明書等最新のもの）
- 5 貸付申請に係る同意及び誓約書〈第4号様式〉

## 再就職（内定・決定）証明書

大分県社会福祉協議会会長 殿

|         |                          |            |
|---------|--------------------------|------------|
| フリガナ    |                          | 生 年 月 日    |
| 氏 名     | ⑩                        | （西暦） 年 月 日 |
| 住所・電話番号 | 〒 ー<br>携帯電話 （ ） 固定電話 （ ） |            |

下記のとおり、介護職員等※の業務に従事雇用が（内定・決定）しました。

|       |                               |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|-------------------------------|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 従 事 先 | 所 在 地<br>及び<br>電話番号           | 〒 ー<br>電話 （ ） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       | 法 人 名                         |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       | 事業所・施設名等                      |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       |                               | 介護保険事業所番号     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       | 職 種                           |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 採用予定日 | （西暦） 年 月 日                    |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 雇用形態  | 正規職員 ・ 非正規職員（いずれかを○で囲んでください。） |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## 【事業主証明欄】

上記のとおり、（内定・決定）していることを証明いたします。

併せて就労先の要件※に該当する事業所又は施設であることを証明いたします。

（西暦） 年 月

所在地

法人名

代表者の職・氏名

印

※1. 内定、または決定のいずれか該当するものに○をつけてください。

※2. 就労先の要件※とは、対象となる介護保険サービスを行う介護保険サービス事業所又は施設であることを指します。

(西暦) 年 月 日

大分県社会福祉協議会会長 殿

## 離職介護人材再就職準備金貸付申請に係る同意及び誓約書

社会福祉法人大分県社会福祉協議会が実施する介護福祉士修学資金等貸付制度実施要綱に基づき、下記の事項に同意し、貸し付けを受けた後は留意事項を遵守することを連帯保証人連署のうえ誓約します。

### 記

#### 〈貸付申請にあたって〉

- 1 私及び私の世帯の者は、暴力団員ではありません。また、借入期間中においても暴力団員にはなりません。
- 2 貸付申請についての調査、審査のために必要があるときは、私及び私の世帯員、連帯保証人、法定代理人（以下「私等」という。）の資産、収入・負債の状況及び就労の状況等につき、貴社会福祉協議会が全国社会福祉協議会、他の都道府県社会福祉協議会、自治体及び公共職業安定所、医療機関、企業等の関係機関に対し、申請書、添付書類の内容について、情報の提供を求めることに同意します。  
また、官公署、他の都道府県社会福祉協議会、弁護士、司法書士、行政書士等から私等の生活福祉資金借入状況、返済状況につき情報の提供を求められた場合、貴社会福祉協議会が情報を提供することについても同意します。
- 3 貸付申請後、大分県社会福祉協議会で行う貸付審査の結果については、希望に添えない場合もあることを了承します。
- 4 貸付審査は、原則として、提出書類に基づいて行いますが、必要に応じてヒアリングを実施するほか、追加資料の提出を求めることがあります。
- 5 貸付申請に際して、提出いただいた申込書等につきましては、返却いたしませんので、予めご了承ください。ただし、貸付不承認となった場合は、住民票、貸付申請者等の所得・課税証明書、連帯保証人の所得・課税証明書については返却いたします。
- 6 貸付不承認理由については、いかなる場合も開示いたしません。  
また、私等は、貸付不承認理由の問合せをするなど一切の意義の申立てをいたしません。

#### 〈貸付後の留意事項〉

- 1 再就職準備金の返還の債務が生じたときは、借入金を返還し、大分県社会福祉協議会に一切の迷惑をかけません。
- 2 届出義務を誠実に履行します。

申請者 住 所

氏 名（自署）

印

連帯保証人 住 所

氏 名（自署）

印

西暦 年 月 日

## 振込口座申請書

大分県社会福祉協議会会長 殿

|       |                    |
|-------|--------------------|
| 貸付番号  |                    |
| 申出事由  | 1:新規 2:変更 3:その他（ ） |
| 住所    | 〒 -<br><br>携帯： - - |
| 借受人氏名 | フリガナ<br>-----      |

下記のとおり、離職介護人材再就職準備金の振込口座を申し出ます。

|      |               |      |  |  |  |  |  |  |
|------|---------------|------|--|--|--|--|--|--|
| 振込先  | 金融機関名         |      |  |  |  |  |  |  |
|      | 支店名           | 支店   |  |  |  |  |  |  |
|      | 口座の種類         | 普通預金 |  |  |  |  |  |  |
|      | 口座番号          |      |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義 | フリガナ<br>----- |      |  |  |  |  |  |  |
|      |               |      |  |  |  |  |  |  |

※口座は必ず借受人本人名義のものに限ります。

※振込口座通帳のコピー（金融機関名、支店名、口座番号、漢字、カタカナ口座名義が確認できるページすべて）を必ず添付してください。コピーはA4サイズでお願いします。

## 返 還 猶 予 申 請 書

大分県社会福祉協議会会長 殿

|         |                          |                       |
|---------|--------------------------|-----------------------|
| 貸付番号    |                          | ※決定通知書の貸付番号を記載してください。 |
| フリガナ    |                          | 生 年 月 日               |
| 氏 名     | ⑩                        | （西暦） 年 月 日            |
| 住所・電話番号 | 〒 ー<br>携帯電話 （ ） 固定電話 （ ） |                       |

再就職準備金返還金の返還債務の履行猶予を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請いたします。

|         |               |
|---------|---------------|
| 借 用 金 額 | 円 （a）         |
| 既返還済額   | 円 （b）         |
| 未 返 還 額 | 円 （c）＝（a）－（b） |

|                           |                                                                                                   |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 返還猶予申請額                   | 円                                                                                                 |
| 返還猶予申請期間                  | （西暦） 年 月 日から（西暦） 年 月 日まで                                                                          |
| 申請理由<br>※該当する番号に○をしてください。 | 1. 大分県において介護職員等 <sup>〃</sup> の業務に従事しているため<br>2. 災害、疾病、負傷、その他やむを得ない事由があるため<br>（2の場合、具体的に記入してください。） |

## 【添付書類】

理由1の場合①業務従事届&lt;第7号様式&gt;

理由2の場合①休職届&lt;第15号様式&gt;

②2の理由を証明する書類（罹災証明書・医師の診断書の写し等）

## 業 務 従 事 届

大分県社会福祉協議会会長 殿

|         |                          |                       |
|---------|--------------------------|-----------------------|
| 貸付番号    |                          | ※決定通知書の貸付番号を記載してください。 |
| フリガナ    |                          | 生 年 月 日               |
| 氏 名     | ⑩                        | （西暦） 年 月 日            |
| 住所・電話番号 | 〒 ー<br>携帯電話 （ ） 固定電話 （ ） |                       |

私は、以下のとおり介護職員等※の業務に従事しているので、次のとおり届け出ます。

|             |                                |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|--------------------------------|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 法 人 名       |                                |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所・施設名等    |                                |  | 連絡担当者名    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |                                |  | 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護保険サービスの種類 |                                |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 従事先住所等      | 〒 ー<br>電話 （ ）                  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 業務従事期間      | （西暦） 年 月 日から                   |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 従事している職種    |                                |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 雇 用 形 態     | 正規職員 ・ 非正規職員 （いずれかを○で囲んでください。） |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## 【事業主証明欄】

上記のとおり、相違ないことを証明します。

（西暦）

年 月 日

所在地

法人名

代表者の職・氏名

印

## 返 還 免 除 申 請 書

大分県社会福祉協議会会長 殿

|         |                          |                       |
|---------|--------------------------|-----------------------|
| 貸付番号    |                          | ※決定通知書の貸付番号を記載してください。 |
| フリガナ    |                          | 生 年 月 日               |
| 氏 名     | ㊞                        | （西暦） 年 月 日            |
| 住所・電話番号 | 〒 ー<br>携帯電話 （ ） 固定電話 （ ） |                       |

再就職準備金返還金の返還債務の免除を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請いたします。

|         |               |
|---------|---------------|
| 借 用 金 額 | 円 （a）         |
| 既返還済額   | 円 （b）         |
| 未 返 還 額 | 円 （c）＝（a）－（b） |

|                              |                                                                                                                                                                      |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 返還免除申請額                      | 円                                                                                                                                                                    |
| 申 請 理 由<br>※該当する番号に○をしてください。 | <p>1. 介護職員等※として就労した日から大分県内で2年間※で引き続き介護職員等の業務に従事したため。</p> <p>2. 介護職員等※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ため。</p> <p>3. その他 [ ]</p> |

※「2年間※」とは「在職期間が通算730日以上」、かつ、「業務従事日数が360日以上」

## 【添付書類】

理由1の場合、業務従事期間証明書<第9号様式>

理由2の場合、その事実を証明する書類



## 業 務 従 事 期 間 証 明 書

大分県社会福祉協議会会長 殿

|         |                        |                       |
|---------|------------------------|-----------------------|
| 貸付番号    |                        | ※決定通知書の貸付番号を記載してください。 |
| フリガナ    |                        | 生 年 月 日               |
| 氏 名     | ⑩                      | （西暦） 年 月 日            |
| 住所・電話番号 | 〒 ー<br>携帯電話（ ） 固定電話（ ） |                       |

私は、介護職員等※の業務に従事していたので、次のとおり届け出ます。

|                       |                                |  |
|-----------------------|--------------------------------|--|
| 法 人 名                 |                                |  |
| 事業所・施設名               |                                |  |
| 介護保険サービスの種類           |                                |  |
| 従事先住所等                | 〒 ー<br>電話（ ）                   |  |
| 業 務 従 事 期 間<br>（雇用期間） | （西暦） 年 月 日～ 年 月 日<br>（ 年 ヶ月）   |  |
| 介護業務に従事した日数           | 日                              |  |
| 従事していた職種              |                                |  |
| 雇 用 形 態               | 正規職員 ・ 非正規職員 （いずれかを○で囲んでください。） |  |

【除外期間】介護業務に従事した日数は、休日、休暇、出張、研修等で従事しなかった日は除く。

## 【事業主証明欄】

上記のとおり、相違ないことを証明します。

（西暦） 年 月 日

所在地

法人名

代表者の職・氏名

印

大分県社会福祉協議会会長 殿

貸付番号 ( )

(借受人) 住 所 〒 -

〔 〕

氏 名 印

携帯番号 - -

## 異 動 届

下記のとおり、届出をいたします。 (\* 届出番号に○をしてください。4、5、6 は事業主の証明が必要です。)

|   |         |                                                                                                                                      |      |                    |
|---|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------|
| 1 | 住 所 変 更 | ( 借受人 ・ 連帯保証人 ) どちらかに○をつけてください * 添付書類 住民票                                                                                            |      |                    |
|   | 変更前     | 〒 -                                                                                                                                  | 変更後  | 〒 -                |
| 2 | 氏 名 変 更 | ( 借受人 ・ 連帯保証人 ) どちらかに○をつけてください * 添付書類 戸籍抄本                                                                                           |      |                    |
|   | 変更前     |                                                                                                                                      | 変更後  | フリガナ               |
| 3 | 退 職     | 今後、大分県内において特定業務に就く意思が<br><input type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある (← <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。) |      |                    |
|   | 年 月 日   | 西暦                                                                                                                                   | 年    | 月 日                |
|   | 事 業 所 名 |                                                                                                                                      |      |                    |
|   | 退 職 理 由 |                                                                                                                                      |      |                    |
| 4 | 就 業 先 等 | * 事業主の証明が必要です。                                                                                                                       |      |                    |
|   | 変更年月日   | 西暦                                                                                                                                   | 年    | 月 日                |
|   | 名 称     |                                                                                                                                      | 雇用形態 | 正規 ・ 非正規 ( )       |
|   | 所 在 地   | 〒 -<br>TEL: ( ) -                                                                                                                    |      |                    |
| 5 | 休 職     | * 事業主の証明が必要です。                                                                                                                       |      |                    |
|   | 期 間     | 西暦                                                                                                                                   | 年    | 月 日 から 西暦 年 月 日 まで |
|   | 休 職 理 由 |                                                                                                                                      |      |                    |
| 6 | 復 職     | * 事業主の証明が必要です。                                                                                                                       |      |                    |
|   | 年 月 日   | 西暦                                                                                                                                   | 年    | 月 日                |

## 事業主証明欄

西暦 年 月 日

上記のとおり、相違ないことを証明します。

所在地

法人/施設・事業所名

代表者の職・氏名

印

西暦 年 月 日

大分県社会福祉協議会会長 殿

貸付番号 ( )  
 (借受人)住 所 〒 -  
 [ ]  
 氏 名 印  
 携帯番号 - -

## 返 還 計 画 書

下記のとおり、離職介護人材再就職準備金を返還します。

| 借入期間    | 西暦 年 月 から 西暦 年 月 まで |
|---------|---------------------|
| 借入金額    | 円・・・ (a)            |
| 既返還済額   | 円・・・ (b)            |
| 返還免除額 * | 円・・・ (c)            |

| 返還金額                        | 円・・・ (a)-(b)-(c)          |
|-----------------------------|---------------------------|
| 返還方法<br>* いずれかに○を<br>して下さい。 | 一括払い ・ 月賦払い               |
| 返還期間                        | 西暦 年 月 から 西暦 年 月 まで ( 回払) |

西暦 年 月 日

大分県社会福祉協議会会長 殿

貸付番号 ( )  
 (借受人)住 所 〒 -  
 [ 氏 名 印 ]  
 携帯番号 - -

## 連 帯 保 証 人 変 更 願

下記のとおり、連帯保証人を変更したいのでご承認ください。

ご承認の上は、新保証人は借受人と連帯して介護福祉士修学資金等貸付要綱に基づく離職介護人材再就職準備金貸付資金の返還の債務を負担します。

|                            |                |                           |  |        |
|----------------------------|----------------|---------------------------|--|--------|
| 変 更 理 由                    |                |                           |  |        |
| 新<br>連<br>帯<br>保<br>証<br>人 | フリガナ           |                           |  | 続<br>柄 |
|                            | 氏 名            | 印                         |  |        |
|                            | 生年月日           | 西暦 年 月 日 生 ( 歳)           |  |        |
|                            | 住 所            | 〒 -<br>TEL : ( ) 携帯 : - - |  |        |
|                            | 勤務先名           |                           |  |        |
|                            | 勤 務 先<br>所 在 地 | 〒 -<br>TEL : ( )          |  |        |

西暦 年 月 日

## 借 受 人 死 亡 届

大分県社会福祉協議会会長 殿

貸付番号 ( )

(届出者)住 所 〒 -

( )

氏 名 印

携帯番号 - -

借受人との関係

借受人が死亡したので、次のとおり届け出ます。

|       |      |           |    |   |   |    |
|-------|------|-----------|----|---|---|----|
| 借受人氏名 | フリガナ | 生年<br>月 日 | 西暦 | 年 | 月 | 日生 |
|       |      |           |    |   |   |    |
| 学 校 名 |      |           |    |   |   |    |
| 死亡年月日 | 西暦   | 年         | 月  | 日 |   |    |
| 死亡の原因 |      |           |    |   |   |    |

\* 【添付書類】死亡診断書の写し、または借受人の戸籍抄本若しくは戸籍謄本を添付してください。

第 17 号様式（離）

西暦 年 月 日

大分県社会福祉協議会会長 殿

貸付番号（ ）

（借受人）住 所 〒 -

〔 〕

氏 名 印

携帯番号 - -

## 現 況 報 告 書

下記のとおり、西暦 年 4 月 1 日現在の現況を報告します。

|     |     |                        |
|-----|-----|------------------------|
| 勤務先 | 所在地 | （ 〒 - ）<br><br>電話（ ） - |
|     | 名 称 |                        |
|     | 職 種 |                        |

(西暦) 年 月 日

## 貸 付 辞 退 届

大分県社会福祉協議会会長 殿

|         |                          |                       |
|---------|--------------------------|-----------------------|
| 貸付番号    |                          | ※決定通知書の貸付番号を記載してください。 |
| フリガナ    |                          | 生 年 月 日               |
| 氏 名     | ⑩                        | (西暦) 年 月 日            |
| 住所・電話番号 | 〒 ー<br>携帯電話 ( ) 固定電話 ( ) |                       |

再就職準備金を借用（申請）中のところ、次の事由により貸付を辞退します。

|       |                       |     |   |
|-------|-----------------------|-----|---|
| 事 由   |                       |     |   |
| 事由発生日 | (西暦) 年 月 日            |     |   |
| 貸付金額  | 円                     | 辞退額 | 円 |
| 返 還 日 | (西暦) 年 月 日までに返還いたします。 |     |   |

(参考)

- (1) 「返還猶予申請期間」について（第6号様式ご記入の際にご活用ください。）  
返還猶予申請書の返還猶予申請期間は、再就職の開始日から2年間を記入し、業務従事届（第7号様式）を添付してください。

～例えば、2021年5月1日付けで再就職された場合～

|          |                           |
|----------|---------------------------|
| 返還猶予申請期間 | 西暦）2021年5月1日～2023年4月30日まで |
|----------|---------------------------|

(2) その他

返還猶予期間中に、次に該当する事由が生じたときは、その事由が生じた日から14日以内に所定の書式に証明する書類を添えて提出していただくことになっています。

- （ア）退職、休職したとき
- （イ）借受人及び連帯保証人の住所、氏名、その他重要な事項に変更があったとき
- （ウ）貸付を辞退するとき
- （エ）借受人が死亡したとき
- （オ）死亡その他の事由により連帯保証人を変更したいとき

※ 申請・届出等を提出される際には、記入漏れがないよう点検してご提出ください。





〒870-0907

大分市大津町2丁目1番41号 大分県総合社会福祉会館内

大分県社会福祉協議会 福祉資金部

TEL : 097-515-7771

FAX : 097-515-7772

<http://www.oitakensyakyo.jp/>

令和3年4月作成

※手引きの内容や様式は予告なく変更する可能性がありますので、

ホームページに掲載の最新版の手引きを参照してください。