

届 出 書

年 月 日

山口県社会福祉協議会長 様

〒 住所

現住所を記入
アパート名・マンション名・部屋番号まで
略さず記入してください

ふりがな
氏名



電話番号 自宅：
携帯：

貸付決定番号 第 号

介護福祉士修学資金貸付金返還網第9条第1の規定により、下記のとおり届出をします。

借り受けた貸付金にをしてください

記 記

貸付金の区分 (<input type="checkbox"/> に✓を入れてください)	<input type="checkbox"/> 介護福祉士修学資金 <input type="checkbox"/> 福祉系高校修学資金 <input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修受講資金 <input type="checkbox"/> 介護人材再就職準備金 <input type="checkbox"/> 介護分野就職支援金		<input type="checkbox"/> 福祉系高校修学資金返還充当資金 <input type="checkbox"/> 障害福祉分野就職支援金	
	在学中・卒業時の届出 <input type="checkbox"/> 卒業した 介護福祉士国家試験について、 <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格 <input type="checkbox"/> 受験しなかった <input type="checkbox"/> 卒業後1年以内に、介護福祉士の登録を行い就職した <input type="checkbox"/> 卒業後1年以内に、返還免除対象業務に従事しなかった <input type="checkbox"/> 福祉系高校卒業後、進学した <input type="checkbox"/> 実務者養成施設の卒業予定日が変更となった	<input type="checkbox"/> 貸付の辞退 <input type="checkbox"/> 学業成績が著しく不良となり留年した <input type="checkbox"/> 退学した <input type="checkbox"/> 休学した <input type="checkbox"/> 復学した <input type="checkbox"/> 心身の故障のため修学を継続することができなくなった		
届出の内容又は理由 (<input type="checkbox"/> に✓を入れてください)	<input type="checkbox"/> 本人又は連帯保証人の氏名、住所等に変更があった 旧氏名： 新氏名： 旧住所：〒 新住所：〒			
	<input checked="" type="checkbox"/> 退職した (事業所名：特別養護老人ホーム ○○○○ 退職年月日： 令和○年 ○月 ○日) <input type="checkbox"/> 引き続き返還免除対象業務等に従事予定 <input type="checkbox"/> 返還免除対象業務等に従事しないため返還 <input checked="" type="checkbox"/> 再就職した (事業所名：○○デイサービスセンター 雇用開始日： 令和○年 ○月 ○日)			
	<input type="checkbox"/> 休職した <input type="checkbox"/> 復職した (休職理由： <input type="checkbox"/> 出産・育児休暇 <input type="checkbox"/> 療養 <input type="checkbox"/> その他 ()) (休職期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 予定・ <input type="checkbox"/> 確定) (復職年月日： 年 月 日)			
その他	<input type="checkbox"/> 県内の区域において返還免除対象業務等に従事しなくなった <input type="checkbox"/> その他貸付事業の目的を達成する見込みがなくなった <input type="checkbox"/> 返還の債務の猶予を受けていたが、猶予の事由に該当しなくなった <input type="checkbox"/> 借受者死亡			
備考				

※事実を証する書類等を添付

記入例（退職の場合）

介護・介護

介護人材再就職準備金及び介護分野就職支援金用（就職・退職・実務経験・免除）

就 労 証 明 書

就労証明書は事業所が証明（記入）するものになります。
訂正印で修正される場合は事業所印で訂正をお願いします。

法人名だけでなく勤務する具体的な施設名も記入してください。

主な業務の内容を記入してください。

必ず記入してください

就 労 者	氏 名	〇〇 〇〇〇〇 〇〇 〇〇〇
	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇〇〇～
施設・事業所の名称		(福) 〇〇〇 特別養護老人ホーム 〇〇〇〇 【法人内異動がある場合（退職）の記入例】 ① 事業所名〇〇〇〇 〇年〇月〇日～〇年〇月〇日 ② 事業所名〇〇〇〇 〇年〇月〇日～現在
施設・事業所の所在地		〇〇市〇〇〇〇～
業務の職種		※介護職員その他主たる業務が介護等に限る 介護職
主な業務の内容		施設利用者への介護業務全般
ど ち か の み 記 入	退職している	従事期間 〇年 〇月 〇日 ～ 〇年 〇月 〇日まで 実勤務日数 〇〇〇 日間
	現在就労している	勤務開始日 年 月 日（証明日現在引き続き従事中） 勤務開始日～証明日までの実勤務日数 日間 (該当に☑チェックしてください) <input type="checkbox"/> 正職員・常勤・パート等（月平均15日程度以上） <input type="checkbox"/> 非常勤・パート等（月平均15日未満）（月平均 日程度）
従事期間中で 就労しなかった期間		年 月 日 ～ 年 月 日 (該当に☑チェックしてください) <input type="checkbox"/> 出産・育児休暇 <input type="checkbox"/> その他（ ）
施設・事業所等区分 (該当に☑チェックしてください)		<input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス等（介護保険法（平成9年法律第123号）第23条に規定する居宅サービス等をいう。）を提供する施設・事業所 <input type="checkbox"/> 第一号訪問事業を実施する施設・事業所 <input type="checkbox"/> 第一号通所事業を実施する施設・事業所
就労状況は上記のとおり相違ありません。 年 月 日 ←退職日以降の日付 〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 所在地 〇〇市〇〇〇〇 法人・事業所等の名称 社会福祉法人 〇〇〇 代表者氏名 理事長〇〇 〇〇 電話 〇〇〇〇 - 〇〇 - 〇〇〇〇 法人内異動がある場合は、施設ではなく、法人で証明をしてください。		



記入例（再就職の場合）

介再・介護

介護人材再就職準備金及び介護分野就職支援金用（就職・退職・実務経験・免除共通）

就 労 証 明 書

就労証明書は事業所が証明（記入）するものになります。
訂正印で修正される場合は事業所印で訂正をお願いします。

就 労 者	氏 名 <small>ふりがな</small>	〇〇 〇〇〇〇 〇〇 〇〇〇
	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇〇〇～
施設・事業所の名称		(福) 〇〇〇 特別養護老人ホーム 〇〇〇〇
施設・事業所の所在地		〇〇市〇〇〇〇～
業務の職種		※介護職員その他主たる業務が介護等に限る 介護職
主な業務の内容		施設利用者への介護業務全般
ど ち ら か の み 記 入	退職している	従事期間 年 月 日 ～ 年 月 日まで 実勤務日数 _____ 日間
	現在就労している	勤務開始日 〇年 〇月 〇日（証明日現在引き続き従事中） 勤務開始日～証明日までの実勤務日数 〇〇〇 日間 (該当に <input checked="" type="checkbox"/> チェックしてください) <input checked="" type="checkbox"/> 正職員・常勤・パート等（月平均15日程度以上） <input type="checkbox"/> 非常勤・パート等（月平均15日未満）（月平均 _____ 日程度）
従事期間中で 就労しなかった期間		年 月 日 ～ 年 月 日 (該当に <input checked="" type="checkbox"/> チェックしてください) <input type="checkbox"/> 出産・育児休暇 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
施設・事業所等区分 (該当に <input checked="" type="checkbox"/> チェックしてください)		<input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス等（介護保険法（平成9年法律第123号）第23条に規定する居宅サービス等をいう。）を提供する施設・事業所 <input type="checkbox"/> 第一号訪問事業を実施する施設・事業所 <input type="checkbox"/> 第一号通所事業を実施する施設・事業所
就労状況は上記のとおり相違ありません。 年 月 日 ← 従事開始日以降の日付 〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 所在地 〇〇市〇〇〇〇 法人・事業所等の名称 社会福祉法人 〇〇〇 代表者氏名 理事長 〇〇 〇〇 電話 〇〇〇〇 - 〇〇 - 〇〇〇〇		

法人名だけでなく勤務する具体的な施設名も記入してください

主な業務の内容を記入してください。

必ず記入してください

