

届 出 書

年 月 日

山口県社会福祉協議会長 様

〒
住所
ふりがな
氏名

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

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実施要綱第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

貸付金の区分 (<input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> を入れ 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 checked="" 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
	介護福祉士の資格をとらなかった方は青字の項目どちらかに <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。 <u>資格をとらなかった方は受講資金を返還することになります。</u>		
在学中・卒業時	<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"/> 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
	<input checked="" 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"/> 本人又は連帯保証人の氏名、住所等に変更があった <small>※氏名変更の場合、戸籍抄本を添付すること ※アパート等に居住の場合、名称・部屋番号まで明記すること</small>			
理由 (<input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください)		旧氏名： 新氏名： 旧住所：〒 新住所：〒	
従事先の変更・休職・復職の届出	<input type="checkbox"/> 退職した (事業所名： 退職年月日： 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 type="checkbox"/> 再就職した (事業所名： 雇用開始日： 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)		
	<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			

介護福祉士の資格をとって介護職に従事した方は赤字の項目にを記入してください。

【ご担当者様】

この証明書は社会福祉法人山口県社会福祉協議会が実施する介護福祉士実務者研修受講資金貸付事業による貸付金の返還免除の要件を確認するために提出していただく書類です。

お忙しいところ恐縮ですが、正確にご記入いただくようお願いいたします。

(返還免除要件：介護福祉士資格取得後、介護施設等で一定期間、介護職員として勤務等)

記入例(【就職】 月平均15日以上勤務の場合)

介護福祉士修学資金、実務者研修受講資金用 (就職・退職・免除共通)

修・介実

就 労 証 明 書

山口県社会福祉協議会会長 様

※記入例をご参照のうえ、すべて事業所の方が記入してください。

就 労 者	氏 名	○○ ○○○○ ○○ ○○○	
	住 所	〒○○○-○○○ ○○市○○○～	
施設・事業所の名称 (具体的な施設名を記入)		(福) ○○○ 特別養護老人ホーム ○○○○	
施設・事業所の所在地		○○市○○○～	
業務の職種 (介護職員・生活支援員等)		介護職員	
主な業務の内容		施設利用者への介護業務全般	
在 職 期 間	月平均15日以上 勤務の場合 (正職員・常勤・パート等)	○年 ○月 ○日から (月平均○○日程度勤務)	<input type="checkbox"/> 年 月 日終了 <input checked="" type="checkbox"/> 証明日現在引き続き従事中
	月平均15日未満 勤務の場合 (非常勤・パート等)	年 月 日から (月平均____日程度勤務)	<input type="checkbox"/> 年 月 日終了 <input type="checkbox"/> 証明日現在引き続き従事中
		介護福祉士登録日～証明日までの実勤務日数をご記入ください (実勤務日数____日間)	
在職期間中で 就労しなかった期間 (該当に☑チェックしてください)		年 月 日 ～ 年 月 日 年 月 日 ～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 出産・育児休暇 <input type="checkbox"/> その他 ()	
就労状況は上記のとおり相違ありません。			
○年 ○月 ○日 ←雇用開始日以降の日付			
		〒○○○-○○○	
所在地		○○市○○○	
法人等の名称		社会福祉法人 ○○○	
代表者氏名		理事長 ○○ ○○	
		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">公印</div>	
電話番号		○○○-○○-○○○	
(記入担当者名：○○○ 直通電話：○○○-○○-○○○)			

法人名だけでなく勤務する具体的な施設・事業所名も記入してください。

主たる業務が介護等の業務ではない期間は、返還免除の対象業務に従事した期間に算入できません。

在職期間は介護等の業務で採用した日を記入し、該当に☑チェックしてください。

※証明内容について職場へ照会させていただくことがあります。

- (注) 1 記入内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で消し、公印を押印して正しい内容を記入してください。
2 法人内異動がある場合は、施設・事業所による証明ではなく法人による証明としてください。
3 主たる業務が介護等の業務ではない期間は、返還免除の対象業務に従事した期間に算入できません。