

提出日を記入

届 出 書

○年 ○月 ○日

山口県社会福祉協議会長 様

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

〒
住所
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 (□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 (□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

届 出 書

○年 ○月 ○日

山口県社会福祉協議会長 様

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

〒 住所
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 記

| | | | | |
|----------------------------|--|---|--|--|
| 貸付金の区分 (□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 (□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： 〒 _____ | | | |
| | <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 checked="" 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 <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>どちらかに<input checked="" type="checkbox"/>してください 退職後1年以内に再就職しない場合は返還になります</p> </div> | | | |
| | <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) | | | |
| 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

届 出 書

○年 ○月 ○日

山口県社会福祉協議会長 様

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

〒
住所
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等貸付実施要綱第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 (□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 (□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 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 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) | | | | |
| <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

【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(【退職】 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 | 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～ <small>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。</small> |
| 施設・事業所の名称 <small>(具体的な施設名を記入)</small> | | (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 <small>(介護職員・生活支援員等)</small> | | 介護職員 <small>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。</small> |
| 主な業務の内容 | | 施設利用者への介護業務全般 <small>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。</small> |
| 在 職 期 間 | 月平均15日以上勤務の場合 <small>(正職員・常勤・パート等)</small> | 〇年 〇月 〇日から (月平均 〇〇 日程度勤務) <input checked="" type="checkbox"/> 〇年 〇月 〇日終了 <input 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 <small>(非常勤・パート等)</small> | 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 <small>介護福祉士登録日～証明日までの(実勤務日数)</small> <small>休職期間等がある場合は、こちらに記入してください。</small> |
| 在職期間中で就労しなかった期間 <small>(該当に☑チェックしてください)</small> | | 〇年 〇月 〇日 ～ 〇年 〇月 〇日 年 月 日 ～ 年 月 日 <input checked="" 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。 〇年 〇月 〇日 ←終了日以降の日付 〒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 公印 電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇 記入担当者名: 〇〇 〇〇 直通電話: 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇) | | |

法人内異動がある場合は、施設・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。

※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。

【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(【再就職】 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 | 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 (具体的な施設名を記入) | | (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・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) | 〇年 〇月 〇日から (月平均 〇〇 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 |
| 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。 | | | |
| 〇年 〇月 〇日 ←雇用開始日以降の日付 | | | |
| 〒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 | |
| 電話番号 | | 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇 | |
| (記入担当者名：〇〇 〇〇 直通電話：〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇) | | | |

※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。