

浸透印（スタンプ式印鑑）、および鉛筆・消せるボールペンは使用しないでください。

本会記入欄 貸付コード K20 —

介護福祉士実務者研修受講資金

見本

貸付申請書

・修正テープ、修正液の利用は認められません。
訂正がある場合には、二重線で訂正のうえ、訂正印を押印下さい。

(すべて自署)

申込みをした実務者研修施設名を記入してください。

実務者研修施設名	○○○○○学校		
フリガナ	カナガワ フクコ		
氏名	神奈川 福子		
生年月日	19●●年 ●月		
住所及連絡先	〒×××× - ×××× 横浜市神奈川区○○町●-●-● 電話 045(×××)×××× 携帯電話 090(××××)××××		
職歴 (介護の職歴のみ。 複数ある場合は直近の4か所記載)	従事期間	従事先名称	
	2014年1月~2016年12月	特別養護老人ホーム ○○○	
	2018年1月~2024年4月	株式会社 ○○○○○ (現在)	
	年 月~ 年 月	年 月~ 年 月	
申請日現在	必ずどちらかにチェックしてください。		9年4ヶ月
介護福祉士国家試験受験予定時期 (いずれかにチェックしてください)	2025年1月の国家試験を <input checked="" type="checkbox"/> 申込みます <input type="checkbox"/> 申込済		
借用予定期間*	20●●年4月から20●●年12月まで		
返還となった場合、貸付金額を返還回数で割った金額を記入してください。返還回数は、10回まで可能です。 例) 貸付金額が20万の場合、返還回数が10回であれば、返還金額は1回目・最終回とも2万円ご記入となります	200,000円 (千円未満切捨て)		
	10回	返還金額 (元金)	1回目~ 最終回 20,000円 20,000円

氏名・住所は、住民票の記載通りに記入してください。決定通知等の案内は、住民票に記載された住所にしか送付できません。

職歴は、介護業務のみご記入してください。

在学証明書に記載されている実務者研修の受講期間を記入してください。

明書の実務者研修受講開講予定日から修了予定日までを記入してください

連帯保証人の情報(すべて自署)

所得がある方を連帯保証人として立てるなど、申し込み案内の内容をご確認ください。

連帯保証人が全て記入してください

氏名	フリガナ カナガワ ハジメ	生年月日	19●●年●●月●●日 (●●歳)
	神奈川 一		
住所 連絡先	〒XXXX - XXXX 横浜市神奈川区○○町●●-●●-●● 電話 045(XXX)XXXX 携帯電話 090(XXX)XXXX		
	連帯保証人の氏名・住所は、住民票の記載通りに記入してください。決定通知等の案内は、住民票に記載された住所にしか送付できません。		
申請者との関係	夫	所得額	円
勤務先	勤務先名称 (社会福祉法人)●●▲▲ホーム	勤務先住所	〒XXXX-XXXX 横浜市○○区●●-●●-●●
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護・福祉施設で介護等業務である <input type="checkbox"/> 自営業(職種:) <input type="checkbox"/> 団体職員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input checked="" type="checkbox"/> 会社員(正社員、契約社員、派遣社員、パート、他) <input checked="" type="checkbox"/> その他 ()		

所得額は必ず記入してください。

該当するものにチェックしてください。

※介護・福祉施設にて介護等業務で従事中の場合

→「介護・福祉施設で介護等業務である」にチェックを付け、正社員・契約社員等にもチェックをつけて下さい。

※年金の場合

→「その他」に✓をつけ、「年金」と記入し、所得欄に年金の年額を記入してください。

下記の事項が必要であることを確認しました。

事項 (チェックしてください)	チェック欄	
	申請者	連帯保証人
を修了します。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
をしなかった場合は返還します。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3 貸付年度の翌々年度までに介護福祉士の国家資格を取得します。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4 国家資格を取得後、神奈川県内の施設において返還免除要件にて2年以上従事します。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5 返還免除となるまでの全ての手続きを行います。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6 1から5までの事項の全てを完了しない場合には、貸付金を全額返還します。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7 虚偽その他不正な方法により、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は、貸付金を全額一括返還します。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

必要となる事項を確認し、チェックしてください。

上記について相違ありませんので、「個人情報の取扱いについて」及び関係書類を添えて貸付を申請します。

日付記入・署名・押印してください。スタンプ式印鑑など形状の変わるものは不可。

2024年4月5日

貸付申請者 氏名 神奈川 福子

(自署)

神奈川

当該申請に基づき「介護福祉士実務者研修受講資金」の貸付が承認された場合、連帯保証人になることを承諾いたします。

別々の印

日付記入・署名・申請者と別の判で押印してください。スタンプ式印鑑など形状の変わるものは不可。

2024年4月7日

連帯保証人 氏名 神奈川 一

(自署)

神奈川