

介護福祉士修学資金等貸付申請書〔在学生募集〕

年 月 日

社会福祉法人佐賀県社会福祉協議会会長 様

下記のとおり貸付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。
 なお、貸付を受けるにあたっては、介護福祉士修学資金等貸付に関する規程等を遵守し、卒業後は佐賀県内の福祉施設等に勤務して介護福祉士又は社会福祉士の業務に従事することを誓います。

申請者氏名

印

フリガナ			性別	男・女	 写真添付 (40 mm×30 mm) 6ヵ月以内撮影 単身胸から上 (年 月撮影)
氏 名					
生年月日	年 月 日生 (歳)				
本人住所	〒				
	※常時連絡が取れること 自 宅 () ー				
	携帯電話 () ー				
	Emailアドレス ()				
在学する 養成施設 等(学校)	名 称				
	所 在 地				
	入学年月日	年 月 日 (第 学年在学中)			
本人の履歴	年 月	高校・大学	科	コース 系 列	卒業
	※外国人留学生のみ 養成校入学前日本語学校等名： 日本語能力：				
介護福祉士等業務に 従事したい理由・ 意気込みなど					
借入希望金額	① 月 額 _____ 円 × _____ カ月 = _____ 円 ② 入学準備金 (初回 1 回限り) _____ 円 ③ 就職準備金 (最終回 1 回限り) _____ 円 ④ 国家試験受験対策費 (卒業年度 1 回限り) ※介護のみ _____ 円 合計 (①+②+③+④) _____ 円				
借入希望期間	年 月から 年 月分まで				※一年度毎に決定しますので、 最長 1 年間です。
本制度以外に受けている奨学金等 ※申請中である場合も 記入する (有の場合はその名称・金額)	有 ・ 無 ※いずれかを○で囲んでください。 奨学金等名称 日本学生支援機構・日本政策金融公庫・その他 [_____] 決 定 額 _____ 月額 _____ 円 ※ここに記入した奨学金等の実施 資 金 条 件 _____ 貸付 _____ 機関が発行した決定通知(写)を添 付すること。				
高等教育の修学 支援新制度利用	・利用する → 「決定済 第Ⅰ区分・第Ⅱ区分・第Ⅲ区分」 ※採用決定写し添付。 ・利用しない → 「申込中」 ※いずれかを○で囲んでください。 ※利用の場合、別紙B「本制度以外の奨学金等の状況及び修学費用の使途(見込)」を添付すること。				

○修学支援新制度の授業料等減免の支給を受ける方の「借入希望額」について

月 額・・・授業料等(実習費及び教材費、学用品等含む)の自己負担額(貸付月数で割った金額)を記入ください。：月額5万円以内
 入学準備金・・・自己負担額を記入してください。：20万円以内

※借入申請者が中高年離職者（45歳以上の者で、離職後2年以内の者）に該当する場合は、免除に要する業務従事期間が3年間となります。該当者は下記に記入し、離職中であることを証明する書類の写しを提出してください。

離職年月日	年 月 日	証明書類名	
-------	-------	-------	--

生計を一にする家族の状況				※借入申請者と同一住所の方 全員を記入してください。
フリガナ 氏 名	続柄	年齢	職業・勤務先等名称	年間所得
	本人			円
				円
				円
				円
				円
				円
前年の所得額の世帯合計				円

○私は当該申込みに基づき契約が締結された場合、連帯保証人となることを承諾いたします。

連 帯 保 証 人	フリガナ 氏 名		性別	男 ・ 女
	生 年 月 日	年 月 日生（ 歳）	本人との続柄	
	住 所	〒 自宅（ ） ー 携帯電話（ ） ー		
	勤務先名称 ・ 自営業者は業種 及び店舗名を記入		年間 所得	円
	勤務先住所	〒 電話（ ） ー 勤務年数 年 カ月		

○私は当該申込みに基づき契約が締結された場合、連帯保証人となることを承諾いたします。

連 帯 保 証 人	フリガナ 氏 名		性別	男 ・ 女
	生 年 月 日	年 月 日生（ 歳）	本人との続柄	
	住 所	〒 自宅（ ） ー 携帯電話（ ） ー		
	勤務先名称 ・ 自営業者は業種 及び店舗名を記入		年間 所得	円
	勤務先住所	〒 電話（ ） ー 勤務年数 年 カ月		

<備 考>

- ①借入申請者が未成年者の場合、連帯保証人は法定代理人を設定ください。
- ②借受人と連帯保証人それぞれの欄の氏名等は、必ず本人の直筆にて署名してください。
- ③連帯保証人（法定代理人）が非課税又は均等割のみ世帯である場合には、連帯保証人は2名必要です。