介護分野就職支援金

様　式　集　Ⅰ

様式第１号（第４関係）

**介護分野就職支援金借入申請書**

宮城県社会福祉協議会会長　殿

介護分野就職支援金の借入を受けたいので、宮城県社会福祉協議会介護分野就職支援金貸付事業実施要綱第４の規定に基づき関係書類を添えて申請します。

申請年月日　　令和　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | 男  ・  女 | 生年月日 | | | | 写真添付  （4ｃｍ×  3ｃｍ） |
| 申請者氏名  （本人自筆） | ㊞ | | | | | 年　月　日　　（　　　　歳） | | | |
| 現住所等 | 〒　　　　　　　　/E-mail | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 電話自宅　　　　　　　　　　　　／携帯 | | | | | | | | | |  |
| 本籍地 |  | | | | | | | | | |  |
| 希望借入金 | 合　計　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円  ※介護分野就職支援金貸付計画書の借入目的に沿った具体的な資金使途を記入してください。 | | | | | | | | | | |
| 資金の  使途内訳 | | * 円 | | | | | * 円 | | | |
| * 円 | | | | | * 円 | | | |
| * 円 | | | | | * 円 | | | |
| 他の資金等の  借入の有無  ※○をつけてください。 | | ア. 本県及び他県の介護分野就職支援金貸付  イ. 本県及び他県の「介護福祉士修学資金貸付」における就職準備金  ウ. 本県及び他県の離職した介護人材の再就職準備金貸付  エ. 本県及び他県の障害分野就職支援金貸付  オ. 本県及び他県の「福祉系高校修学資金貸付」における就職準備金  カ. その他、目的の同じ貸付や給付  キ. ア～カの借入をしたことがない | | | | | | | | | |
| 現就職先 | 施設等の名称 | | |  | | | | | | | |
| 施設等の住所 | | | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 - - | | | | | | | |
| 勤務開始日 | | |  | | | | | | | |
| 業務内容 | | |  | | | | | | | |
| 最終学歴 | 学校名 | | |  | | | | | 卒業年月日 | 年　　月　　日 | |
| 本人の職歴 | 年月 | | | | 勤務先名称 | | | | | 職種 | |
| 年　　月～　　年　　月 | | | |  | | | | |  | |
| 年　　月～　　年　　月 | | | |  | | | | |  | |
| 年　　月～　　年　　月 | | | |  | | | | |  | |

様式第１号（ウラ面）

【借入申請者の世帯状況】※申請者と同一生計の家族について記載してください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 続柄 | 職業 | 生年月日 | 月収 | 勤務先・学校名 |
| １ |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |  |

【連帯保証人記載欄】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **連　帯　保　証　人** | | | | |
| フリガナ |  | 性　別 | 男　・　女 | |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日（満　　歳） | |
| 申請者との関係 |  | 家族数 | 人 | |
| 現 住 所 | 〒 | | | |
| 電話番号 |  | 携帯電話 |  | |
| 勤務先名 |  | | | |
| 雇用形態 | 正規職員　・　臨時職員　・　パート　・　その他（　　　　　　　　　　　） | | | |
| 職　　種 |  | 月収(税込) | 円 | |
| 勤務先住所 | 〒 | | 勤務年数 | 年 |

【添付書類】

１　介護分野就職支援金利用計画書（様式第２号）を添付してください。

２　介護分野就職支援金貸付事業における個人情報の取扱同意書(様式第４号)を添付してください。

３　研修の修了証書の写し（就職と同時に受講している者は、受講日が確認できる書類の写し）を添付してください。

４　雇用契約書等就職した日と内容が確認できる書類の写しを添付してください。

５　申請者の世帯全員及び連帯保証人の住民票（本籍・続柄あり、マイナンバーは不要）を添付してください。

６　連帯保証人の収入のわかる書類（申請前々年の所得・課税証明書）を添付してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 県社協記入欄 | 審　　査 | 令和　　　　年　　月　　日 |  | 受付年月日 |
| 決　　定 | 令和　　　　年　　月　　日 |  |
| 貸付決定額 | 円 |
| 貸付コード |  |

様式第２号(第４関係)

**介護分野就職支援金貸付計画書**

令和　 　年　 　月　　 日

宮城県社会福祉協議会会長　殿

以下のとおり、介護分野就職支援金貸付計画を提出します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  氏　　名 |  | 性 別 | 生年月日 | 年　　月　　日  （　　　歳） |
| 男・女 |
| 住 　所 | 〒  日中の連絡先（自宅・携帯）　　 　　　　　　　－　　　　　　　－  メールアドレス | | | |
| 修了した  研 修 名 |  | | | |
| 研修終了日 | 令和　　　年　　　　月　　　　　日  （令和　　　年　　　　月　　　　　日） | | ※就職と同時に研修を受講する場合、上段に研修修了予定日を記載し、下段のカッコ書きに研修受講予定日を記載すること。 | |
| 研修実施  機 関 名 |  | | | |
| 借入希望金額 | 円 | | | |
| ※　該当する（　）に○をつけてください。 | （　　） 子どもの預け先を探す際の活動費  （　　）介護に係る軽微な情報収集や講習会参加経費、国家試験の受験手数料又は参考図書等の購入費  （　　）靴や訪問介護員等として利用者の居宅を訪問する際に必要となる道具又は当該道具を入れる鞄等の被服費  （　　） 敷金、礼金又は転居費など転居を伴う場合に必要となる費用  （　　）通勤用の自転車又はバイクの購入費  （　　）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 就　　職  年 月 日 | 令和 　　　　年　　　　月　　　　日 | | | |
| 就職先の  事業所名 |  | | | |
| 直近の退職日（離職者に限る。） | 平成 ・ 令和 　 　　年　　　　月　　　　日 | | | |
| 前　職　名 |  | | | |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　宮城県社会福祉協議会　社会福祉会館　１F

　問い合わせ先　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　福祉人材課人材支援係

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話：022-399-8844　　　FAX：022-261-9555

**介護分野就職支援金貸付事業における個人情報の取扱について**

１．個人情報の利用目的

社会福祉法人宮城県社会福祉協議会（以下「県社協」という。）は、介護分野就職支援金貸付事業（以下「本事業」という。）の円滑な実施のため、貸付・償還（返還）の状況について正確に把握することを目的として個人情報を取得・利用します。

２．個人情報の取得について

　県社協は、介護分野就職支援金の貸付に際して個人情報を取得する時は、必要な情報のみを適法かつ適正な方法により取得するものとします。

３．個人情報の利用について

　本事業において個人情報を利用する場合は、利用目的の範囲内として、県社協の本事業担当者により利用することを原則とします。ただし、事業の目的を達成するために必要な範囲において、貸付審査等委員会、県外の都道府県社会福祉協議会、県内外の養成機関、福祉関係機関、金融機関その他行政機関等の外部に対して個人情報を提供し、また、これらの機関から個人情報を取得します。

４．個人情報の本事業目的以外への利用および第三者への提供について

　本事業を通じて収集した個人情報については、本人の同意なく、本事業の目的以外への利用すること、及び上記３「個人情報の利用について」において示した外部の提供を除き、第三者への提供することはありません。ただし、下記の例のような場合には、あらかじめ同意を得ないでお伝えした目的以外の利用、第三者への提供をすることがあります。

1. 法令又は条例の規定に基づく場合。
2. 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合。
3. 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより、その事務の遂行に支障を及ぼすおそれがある場合。
4. 税務署からの照会、警察、検察からの捜査協力依頼などで、本人に知らせることでその事務に支障を及ぼすおそれがある場合。

５．個人情報の管理について

　本事業利用に関わる個人情報については、書面及び情報システムにつながったコンピュータに入力し、個人データとして本事業担当者の管理の下、保管・利用します。個人データについては、常に正確かつ最新の状態に保ち、漏えい・き損のないように努めます。個人データを管理するコンピュータの保守を委託している業者とは、個人情報の保護について定めた条項を含む契約を結んでいます。介護分野就職支援金の貸付に関わる個人情報については、介護分野就職支援金の返還が完了した月が属する年度、又は免除（裁量免除も含む）を受けた年度から起算して５年が経過した時点で、破棄又は削除します。

６．個人情報の本人への開示について

　本事業において管理する個人データについて、その開示の申し出がされた場合には、本人であることの確認をした上で、申し出をした本人の個人情報について開示します。ただし、開示によって本人又は第三者の権利利益を害するおそれがある場合や、本事業の適正な実施に著しい支障を及ぼすおそれがある場合などには、開示しません。

様式第４号（第４関係）

**介護分野就職支援金貸付事業における個人情報の取扱同意書**

宮城県社会福祉協議会会長　殿

　介護分野就職支援金貸付事業における個人情報の取扱について同意します。

　　　令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　　借入申請者　　　　　　　　　　　　　　　　連帯保証人

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　※借入申請者、連帯保証人各々について、本人自筆、捺印し、期日を記載してください。

様式第７号(第７関係)

　収入印紙

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　割印

**介護分野就職支援金借用証書兼誓約書**

　令和　　年　　月　　日

宮城県社会福祉協議会会長　殿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 貸付コード |  | 資金種別 | 介護分野就職支援金 |
| 借受者の住所  (住民票の住所)  (自署によること) | 郵便番号（　　　　　　　　　）　　電話番号（　　　　　　　　　　　　　） | | |
| フリガナ |  | | 生 年 月 日 |
| 氏　　名  (自署によること) | 実印  （未成年者は認印可） | | 年　　月　　日  （　　　　　歳） |

私は、次のとおり介護分野就職支援金の貸付を受けました。

この就職支援金について、宮城県社会福祉協議会介護分野就職支援金貸付事業実施要綱等諸規定及び通知に従うことを誓約します。なお、この就職支援金の返還につきましては、借受者と連帯保証人が連帯して返還することを誓約いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 借 用 金 額 | 円 |

　私は、上記の者の連帯保証人として、本人に誓約どおり履行させます。

連帯保証人：住　所

(自署によること)

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　実印

電話番号

様式第７号　(ウラ面)

注意事項

　１　介護分野就職支援金貸付事業の借用証書は、印紙税法別表１印紙税課税物件表「第１の３号文書」  
（消費貸借に関する契約証書に該当し、借用証書（課税文書）の作成者が、その作成した借用証書（課税文書）について印紙税を納める義務があります。

　　　印紙税額　記載された金額が　１万円以上で、　１０万円以下のもの　　　２００円

１０万円を超え、　５０万円以下のもの　　　４００円

　　　　　　　　　　　　　　　　５０万円を超え、１００万円以下のもの　１，０００円

　２　借受者に貸付金の返還義務が発生した場合、返還金の金融機関での口座振替に手数料が発生し、

　　借受者が負担することになります。

　　　口座振替手数料　七十七銀行　　　　　　　　１００円及び消費税相当額

　　　　　　　　　　　七十七銀行以外の金融機関　１５０円及び消費税相当額

　　　※返還義務が発生した段階で宮城県社会福祉協議会から借受者に「預金口座振替依頼書」を

　　　　お送りいたしますので、必要事項をご記入のうえ本会あて提出して下さい。

様式第８号(第７関係)

**申　込**

**銀行口座振込 　依頼書**

**変　更**

令和　　年　　月　　日

　宮城県社会福祉協議会会長　殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 貸付コード |  | |
| 申出の事由 | １　新規　　２　口座の変更　　３　その他（　　　　　　　） | |
| 住所 | 〒 - | |
| フリガナ |  | 生年月日 |
| 氏名 |  | 年 月 日（　　　歳） |

　私は、次のとおり介護分野就職支援金の振込口座を（申し出・変更を申し出）ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関等の名称 | | 支店名・店名 | | | | 支店番号・店番号 | | | |
| 口座の種類 | １　普通預金　　２:当座預金　　３:通常貯金 | | | | | | | | |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義 | (フリガナ) | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |

※振込み口座通帳の表紙及び表紙裏のコピーを添付して下さい。

※ゆうちょ銀行をご利用の方へ

振込みには「振込み用の店名」「預金種目」「口座番号」が必要です。(現在のゆうちょ銀行口座番号(記号・番号)のままでは振り込むことができません。)お近くのゆうちょ銀行・郵便局窓口まで通帳をお持ちし、振込用口座番号を印字していただいて下さい。

様式第９号(第９関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **介護分野就職支援金辞退届**  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日  宮城県社会福祉協議会会長　殿  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　貸付コード  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　借受者（届出者）  住　所　　〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 (TEL　　　　　　　　　　)    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　借受者（届出者）  氏　　名  下記のとおり就職支援金を辞退します。 | | |
|  | 届出事項の発生年月日 | 令和　　　　　年　　　　月　　　　日 |  |
| 理　　由 |  |
| 本届記入者 | 本人　・　連帯保証人　・その他（　　　　　　　　　　　） |
|  | | |

様式第10号（第10関係）

介護分野就職支援金貸付解除通知書

　　　　　　　　　　　　　　　様

宮城県社会福祉協議会会長　　　　　　　　　印

あなたと　　　　年　　月　　日付けで就職支援金の貸付けの契約を締結していましたが、下記の理由により、契約を解除しますので、介護分野就職支援金貸付事業実施要綱第１０の規定により通知します。

記

解除の理由

様式第11号(第12・14関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **介護分野就職支援金返還免除申請書**  令和　　年　　月　　日  宮城県社会福祉協議会会長　殿  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　貸付コード  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　借受者住所　　〒  (TEL　　　　　　　　　　　　)  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　借受者氏名  次のとおり就職支援金の返還を免除されたいので申請します。 | | | | | | | |
| 貸付決定日 | | | 年　　　月　　　日 | | | |  |
| 借用金額① | | | 円 | | | |
| 返還済額② | | | 円 | | | |
| 返還免除済額③ | | | 円 | | | |
| 返還免除申請額  （①－②－③） | | | 円 | | | |
| 申請理由 | １　返還免除対象業務に従事（　　　　年）  ２　死亡  ３　心身の故障  ４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 就業後の経歴(休職、停職その他の異動を含む。) | | 職種 | | 施設名 | 年　月　日 | 事項 |
|  | |  | ・　　・  ・　　・ |  |
|  | |  | ・　　・  ・　　・ |  |
|  | |  | ・　　・  ・　　・ |  |
|  | |  | ・　　・  ・　　・ |  |
| 添付書類 | | |  | | | |

様式第12号（第12関係）

**介護等業務従事期間証明書**

証明書作成年月日：　　**令和**　 **年　 月 　 日**

※記入の無いものは無効とします

宮城県社会福祉協議会会長　殿

所　　　在　　　地

（法 人 名）

施設又は事業所名

代表者　職名・氏名 公印

　電 話 番 号 （ ）

　担当者氏名　　　　　　　　　　　　連絡先 　　（ ）

下記の者の介護等業務従事期間は、以下のとおりであることを証明します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日生 |
| 上記者の現住所 | 〒 － | | |
| 施設又は事業所名 |  | | |
| 業務従事期間  （介護等業務に従事した期間を  記入ください） | 年　　月　　日　～　　　　　　年　　月　　日 | | |
| 上記業務期間内の休職等の期間及び事由 |  | | |
| 業務従事年月数  （継続して勤務した年月） | 年　　　ヵ月　（※従事日数　　　　　日） | | |
| 職　名  （任命している職名） |  | | |
| 業務内容  （具体的に記入ください） |  | | |

申込者が自書した場合、本証明書は無効となります。（申込者が代表者の場合は除きます）

＊＊＊＊事業所の作成担当者の方へ＊＊＊

※裏面の「介護等業務従事期間証明書」作成上の注意事項をよくお読みの上、作成してください。

※上記の記載内容に記入漏れや不備・不明な箇所がある場合は、内容の確認をさせていただき、必要に応じて書類の追加・再提出をしていただくことがありますので、あらかじめご承知おきください

**「介護等業務従事期間証明書」作成上の注意事項**

* **証明日時点**（証明書作成年月日の記入した日）において、**業務に従事した期間を証明**してください。

１．「証明書作成年月日」は必ず記入してください。記入の無い場合は無効とさせていただきます。

２．代表者職名・氏名欄は必ず職名も記入してください。なお、介護等業務従事期間証明書に記入した就業状況について、確認する場合がありますので、担当者氏名も必ず記入してください。

３．「施設名又は事業所名」は正式な名称を記入してください。

４．「業務従事期間」について

① 被証明者が要援護者に対する直接的な援助を行っていた期間を和暦で記入してください。

② 証明日までの期間で証明してください。

③ 従事期間内における産休・育休中の休職中は離職していなければ期間に算入してください。ただし、従事年月数及び従事日数には算定できません。

④ 業務従事期間が離れている場合は複数の証明書が必要です。（※１）

⑤ 証明日までに、従事年月数が基準（２年）に満たない場合は、従事期間の基準経過後に再度提出していただくことになります。

５．「業務従事年月数」は、上記の業務期間内に実際に従事した年月数を記入してください。休日（祝日・振替・有給休暇等）は期間に含みますが、病気・産前産後等の休暇で業務に従事しなかった日は除いてください。また、１日あたりの従事時間は８時間とは限りません。

６．「従事日数」は、ホームヘルパー・家政婦等の業務に従事した者が記載該当となります。

７．「職名」について

　　法令等に基づき、その施設・事業等における職名・業務であることを確認し、別紙に示された法令等により規定されている職種名等で記入してください。（※２）

※辞令等で任命している職名が規定されているものと違う場合は双方ご記入ください。

（例： 支援員（生活支援員）、 ケアワーカー（介護職員）、 ケアホーム世話人（介護従事者）等）

８．「業務内容」について

証明者の本来業務と、施設種別・事業等を具体的に記入してください。

（記入例）

「養護老人ホームにおける介護業務」、「指定居宅ｻｰﾋﾞｽ事業所における訪問介護員」、「○○実施要綱の○○事業において主たる業務が介護等の業務であるもの」等

９．記載事項を訂正する場合は、証明権限を有する者の訂正印で訂正願います。証明権限者の訂正印のないもの、修正液等の使用により訂正した証明書は、無効となりますのでご注意ください。

※１）転職や所属配置の変更等で勤務先が複数に分かれる場合や、同一施設であっても期間が連続していない、又は業務内容が異なる場合は、それぞれの業務従事期間について証明が必要になりますので、用紙をコピーして頂き、該当する期間分の提出をお願いします。

※２）昭和６３年２月１２日社庶第２９号社会局長・児童家庭局長連名通知「指定施設における業務の範囲等及び介護福祉士試験の受験資格に係る介護等の業務の範囲について」の別添１に定める職種若しくは別添２に定める職種又は当該施設の長の業務

様式第15号（第16関係）

**返還届兼返還計画書**

　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

宮城県社会福祉協議会会長　殿

申請者）

住所　〒

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

℡　　　　　　－　　　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　借受者との関係　　　本人・（　　　　　　　）

下記事由により介護分野就職支援金を返還したく申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 貸付コード |  | | 借受者氏名 |  |
| 返還事由発生年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 返還事由  ＊該当事由に  ○をつける | １　貸付契約が解除された（退職、貸付を辞退など）  ２　県内において介護等の業務に従事する意思がなくなった  ３　業務外の事由により死亡し、又は心身の故障により業務に従事できなくなった  ４　その他 | | | |
| 説　明  ＊具体的に |  | | | |
| 返還額 | 貸付額① | 円 | | |
| 返還済額② | 円 | | |
| 返還免除額③ | 円 | | |
| 返還額 | ①－②－③　 　　　　　 　　　　　　　 　　 　円 | | |
| 返還期間 | 貸付期間 | 年　　　　月　～　　　　　年　　　　月 | | |
| 返還期間（注１） | 年　　　　月　～　　　　　年　　　　月 | | |
| 返還方法 | 返還方法 | 1. 月賦 ②半年賦 ③その他（一括等） | | |
| １回の返還額 | 円　（初回・最終回　　　　　　　円）（注２） | | |
| 連帯保証人 | 住　所 　　〒　　　－  氏　名  ℡ | | | |

（注１）返還期間は貸付けが終了した日の属する月の翌月から開始となります。

（注２）１回あたりの返還額に端数が生じた場合は、初回又は最終回の返還額に加算することとし、この欄に加算した額を記載し、初回もしくは最終回に○をつけてください。

＊月賦 半年賦で返還を希望される場合には「預金口座振替依頼書」も併せてご提出ください。

様式第16号（第16関係）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **返還計画変更申請書**  令和　　年　　月　　日  宮城県社会福祉協議会会長　殿  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 貸付コード  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 借受者住所    (TEL　　　　　　　　　　　　　　)  　　　　　　　　　　 借受者氏名    次のとおり介護分野就職支援金の返還計画を変更したいので、介護分野就職支援金貸付事業実施要綱第16の規定に基づき申請します。 | | | | |
|  | 未　返　還　額 | | 金　　　　　　　　　　　　　　円 |  |
| 返還期間 | 新 | 年　　　月　　　日から  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月間  年　　　月　　　日まで |
| 旧 | 年　　　月　　　日から  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月間  年　　　月　　　日まで |
| １回当たりの返還金額 | 新 | 円    （初回・最終回　　　　　　　　　　円） |
| 旧 | 円    （初回・最終回　　　　　　　　　　円） |
| 変更の理由 | |  |  |

様式第19号(第18関係)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **介護分野就職支援金返還猶予申請書**    令和　　年　　月　　日  宮城県社会福祉協議会会長　殿  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　貸付コード  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　借受者住所　　〒  (TEL　　　　　　　　　　　)  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　借受者氏名  次のとおり就職支援金の返還を猶予されたいので申請します。 | | | | |
|  | 借 用 金 額 　　　 (1) | | 円 |  |
| 既に返還免除を受けた額 (2) | | 円 |
| 返 還 済 額 　　　 (3) | | 円 |
| 返 還 猶 予 申 請 額 　(1)-(2)-(3) | | 円 |
| 希望する返還猶予期間 | | 年　　月　　日から　　年　　月　　日まで |
| 該当項目 |  | |
| 理由発生年月日 | | 年　　　月　　　日 |
| 添付書類 | |  |

該当項目　１ 就職支援金の貸付けを受けた宮城県の区域内において規定する業務に従事しているとき。

　　　　　２ 災害、疾病、負傷、その他やむを得ない事由があるとき。

様式第20号(第20関係)

**異　　動　　届**

**(住所・氏名・連帯保証人等)**

令和　　　年　　　月　　　日

　宮城県社会福祉協議会会長　殿

貸付コード

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者住所　　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　介護分野就職支援金貸付に関する届出事項について、変更があったので下記のとおりお届けします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 変更事項 | | 借受者の　　住所・氏名・電話番号・死亡・心身の故障 | |
| 連帯保証人の　　住所・氏名・電話番号 | |
| (新) | (旧) |
|  | 住所  TEL | 〒 | 〒 |
| 氏名 |  |  |
|  | 住所  TEL | 〒 | 〒 |
| 氏名 |  |  |
|  | 住所  TEL | 〒 | 〒 |
| 氏名 |  |  |

注１　死亡の場合、除票(又は死亡診断書の写し)を添付すること。

注２　住所変更の場合、世帯全員分の省略のない住民票の原本を添付すること。

注３　氏名変更の場合、戸籍謄本の原本を添付すること。

様式第21号(第20関係)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **就　 業　 状　 況　 報　 告　 書**  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　　月　　　日  宮城県社会福祉協議会会長　殿  　　　　　　　　　　　　　　　　　貸付コード  　　　　　　　　　　　　　　　　　借受者住所　　〒  (TEL　　　　　　　　　)  借受者氏名  　次のとおり就業の状況について報告します。 | | | |
| 令和　年  4月1日現在の従事先 | 所在地 | 〒  (TEL　　　　　　　　　　　) |  |
| 名称 |  |
| 従事している職種 |  |
| 上記のとおり相違ありません。  　令和　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地　　〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　勤務先名  　　　　　　　　　 　　　　　　　 代表者名 | | | |

様式第22号(第20関係)

**連帯保証人変更願**

令和　　年　　月　　日

宮城県社会福祉協議会会長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　貸付コード

借受者住所　　〒

借受者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

次のとおり連帯保証人の変更を承認してください。

御承認の上は、新保証人は借受者と連帯して介護分野就職支援金貸付事業実施要綱に基づく支援金返還の債務を負担します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 新 | 氏　名 | 実印 | | 借受者との続柄 |  | 生年月日 | 年　　月　　日生  　（　　　　歳） |
| 本　籍 |  | | | | | |
| 住　所 | 〒    TEL　　　(　　) | | | | | |
| 職　業 | 職　　業 |  | 勤務先名 |  | | |
| 勤務年数 | 年　ヵ月 | 勤務先住所 | 〒　　　　　　電話（　　　　）　　－ | | |
| 月　　収 | 税込　　　　　　　　　　　　　　　円 | | | | | |
| 旧 | 氏　名 |  | | | | | |
| 住　所 | 〒  TEL　　　　(　　) | | | | | |
| 異動の事由 | |  | | | | | |
| 異動年月日  （変更事由発生日） | | 年　　　月　　　日 | | | | | |

※住民票（記載事項の省略のないもの）及び印鑑登録証明書を添付すること

様式第23号(第20関係)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **業務従事先変更届**  令和　　年　　月　　日  宮城県社会福祉協議会会長　殿  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　貸付コード  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　借受者住所  (TEL　　　　　　　　　)  借受者氏名  次のとおり業務従事先を変更したので届け出ます。 | | | |
|  | 新 | 従事年月日 | 年　　　　月　　　　日 |  |
| 従事先所在地 | 〒  (TEL　　　　　　　　) |
| 従事先名称 |  |
| 旧 | 従事年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 従事先所在地 | 〒  (TEL　　　　　　　　) |
| 従事先名称 |  |
| 変更の理由 | |  |
| 変更年月日 | | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 添付書類 | |  |
| 備考  1　新従事先及び旧従事先の業務従事証明書を添付すること。  2　やむを得ない理由により旧従事先から新従事先に引続き業務に従事できなかった期間があるときは、やむを得ない理由により業務に従事できなかったことを証する書類を添付すること。 | | | |

様式第24号(第20関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **業 務 廃 止 届**  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日  宮城県社会福祉協議会会長　殿  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 貸付コード  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　借受者住所　　〒  (TEL　　　　　　　　　)  借受者氏名    次のとおり業務を廃止したので届け出ます。 | | |
|  | 業務廃止年月日 | 年　　　月　　　日 |  |
| 就業先住所 | 〒  (TEL　 　　　　　　) |
| 就業先名称 |  |
| 廃止の理由 |  |
| 返還計画 | 返還届返還計画書（様式第15号）のとおり |

※これまでの勤務先を退職したことが明らかとなる書類の写しを添付すること