

令和 6 年 度
埼玉県介護分野就職支援金
貸付の手引き

令和 6 年 5 月

社会福祉法人埼玉県社会福祉協議会

目次

1	事業の概要	1
2	申請	2
3	貸付	3
4	返還	4
5	返還猶予・免除	5
6	届出義務	5
7	様式一覧	6
8	問い合わせ先	6
9	注釈	7
10	資料	
	(1) 埼玉県介護分野就職支援金貸付事業実施要綱	8
	(2) 様式集	12

1 事業の概要

(1) 事業の目的

この事業は、慢性的な人手不足である状況を踏まえ、より幅広く新たな介護人材を確保する観点から、他業種で働いていた方等の介護分野の介護職としての参入を促進するため、就職の際に必要な経費に係る支援金の貸付を実施し、迅速に新たな介護人材の確保を支援することを目的とします。

(2) 実施主体

社会福祉法人埼玉県社会福祉協議会（以下「県社協」という。）が行います。

(3) 貸付の対象者

令和6年4月1日から令和7年3月31日までに下記①の研修を修了した者又は資格を取得した者で、かつ令和6年4月1日以降に下記②の事業所又は施設等に介護職員として就労（内定）した者。

ただし、下記①の研修の修了日又は資格取得日^{*1}、下記②の事業所又は施設等に介護職員として就労した日のいずれか一方が令和5年4月1日から令和6年3月31日までである場合も、申請の対象となります。

① 次のア又はイの研修を修了もしくはウの資格を取得した者

ア 介護職員初任者研修を修了した者

イ 社会福祉士及び介護福祉士法に規定する実務者研修を修了した者

ウ 介護福祉士の資格を取得した者

② 埼玉県に所在する介護保険サービス事業所又は施設等^{**2**3}に介護職員として就労した者又は就労を予定（内定）している者（2年以上（1年あたり180日以上）の勤務が想定される者）

※1 介護福祉士登録証に記載の登録年月日

※2 介護保険サービス事業所番号の無い事業所等は対象外です。

※3 障害福祉サービスを提供する施設又は事業所等の場合は、「障害福祉分野就職支援金貸付」の申請を御検討ください。

		就職日	
		令和5年度	令和6年度
研修修了又は資格取得	令和5年度	×	○
	令和6年度	○	○

- ・この貸付は、指定期間内に研修を修了又は資格を取得し、新たに介護職員として就職する方が対象となります。
- ・貸付回数は、他都道府県での貸付も含めて一人当たり一回限りとします。
- ・「潜在介護職員再就職準備金貸付事業」及び「障害福祉分野就職支援金貸付事業」による貸付を受けたことがある者は、対象外です。
- ・「福祉系高校修学資金貸付事業」及び「介護福祉士修学資金貸付事業」における「就職準備金」を受けたことがある者は、対象外です。
- ・原則として、本貸付と同種の貸付・補助金との併用はできません。

(4) 貸付額

貸付額は、200,000円以内とし、介護職員として就職する際に必要な経費に充当する額（千円未満切捨て）とします。

なお、就職する際に必要な経費は、生活費を除く以下のとおりとします。

- ① 子どもの預け先を探す際の活動費
- ② 介護に係る軽微な情報収集や講習会参加費又は参考図書等の購入費
- ③ 介護職員として働く際に必要となる靴や道具又は当該道具を入れる鞆等の被服費
- ④ 敷金、礼金又は転居費など転居に伴う場合に必要となる費用
- ⑤ 通勤用の自転車又はバイクの購入費
- ⑥ その他、県社協会長が就職する際に必要となる経費として適当と認める経費

(5) 貸付予定人数

758名

(6) 貸付方法及び利子

貸付は、県社協会長と借受希望者との契約により行います。また、利子は無利子とします。

(7) 連帯保証人について 7ページ「9 注釈（*注1）」参照

借受希望者は、連帯保証人を立てなければなりません。

なお、借受希望者が未成年者である場合の連帯保証人は、法定代理人でなければなりません。

連帯保証人は、借受者と連帯して債務を負担するものとします。

2 申請

(1) 申請書類

借受希望者は、次に掲げる書類を作成し、県社協に提出してください。

なお、申請書類等の所定様式は、県社協ホームページからダウンロード可能です。

	申請書類	備考
①	介護分野就職支援金貸付申請書（様式第1号）	
②	介護分野就職支援金利用計画書（様式第2号）	
③	誓約書（様式第3号）	
④	研修の受講を証する書類（研修修了証の写し等） 又は介護福祉士登録証の写し	
⑤	就職（内定・決定）証明書（様式第4号）	就職先が証明するもの
⑥	同意書（様式第12号）	
⑦	申請者の住民票 （ <u>本籍記載あり</u> ・マイナンバー記載なし・3か月以内に取得したもの）	※外国人住民の方は「国籍・地域」「在留資格」「在留期間」「在留期間等の満了の日」の記載あり、マイナンバー記載なし、3か月以内に取得したものを提出
⑧	連帯保証人の住民票 （ <u>本籍記載あり</u> ・マイナンバー記載なし・3か月以内に取得したもの）	
⑨	連帯保証人の収入を証明するもの	最新年度の課税証明書等

- ※ 個別の状況に応じ、上記以外の書類が必要となる場合があります。
- ※ 書類作成のほか、申請時には介護の資格の届出登録を行う必要があります。

『介護福祉士等届出制度』

QRコードからもアクセス可能です→



<https://jinzai.fukushi-saitama.or.jp/notification.html>

- ※ 申請書類の作成にあたって、消せるボールペンや修正液（テープ）の使用はできません。訂正がある場合は、訂正箇所を二重線で消し、その後訂正印を押印してください。

（２）申請締切

令和7年3月31日（必着）

（３）申請方法

下記提出先へ申請書類を送付してください。不着等の事故を防ぐため、必ず特定記録郵便等の配達記録の残る方法で郵送してください。

【申請書類提出先】

社会福祉法人埼玉県社会福祉協議会 福祉人材センター

〒330-8529

さいたま市浦和区針ヶ谷4-2-65 彩の国すこやかプラザ内

電話番号 048-824-3370

3 貸付

（１）貸付決定

申請書類の提出があったときは、審査の上、貸付の可否を決定します。結果については、貸付決定又は不承認の旨を借受希望者に通知します。

また、貸付決定通知を受けた借受希望者は、印紙税法に定める額の収入印紙を貼りつけた借用証書（様式第5号）、印鑑登録証明書（3カ月以内に取得した借受希望者・連帯保証人の分）、振込口座申請書（様式第6号）、返還猶予申請書（様式第10号）、業務従事届（様式第11号）等を提出いただきます。

（２）貸付金の交付

貸付金は、借用証書（様式第5号）、印鑑登録証明書等の必要書類がすべて提出された日の翌月末までに、指定口座に一括で送金します。ただし、書類が不足している場合や、申請状況等によりさらに日数を要することがあります。

なお、貸付金の送金は、研修終了後または資格取得後に業務に従事していることを業務従事届により確認した後に行います。

（３）貸付契約の解除

資金貸付の目的を達成する見込みがなくなると認められるときは、契約を解除します。

なお、資金貸付の目的を達成する見込みがなくなると認められるときとは、次のいずれかに該当する場合をいいます。

- ① 心身の故障のため就労を継続する見込みがなくなったと認められるとき
- ② 死亡したとき
- ③ その他貸付事業の目的を達成する見込みがなくなったと認められるとき

(4) 資金交付までの主な流れ

-
- ```
graph TD; A[① 対象期間内に研修を修了（受講決定）又は資格を取得し、新たに介護職員として就職（内定）] --> B[② 貸付申請]; B --> C[③ 県社協にて申請書類をもとに貸付の可否を審査]; C --> D[④ 県社協から貸付決定又は不承認通知を交付]; D --> E[⑤ 借用証書、業務従事届、返還猶予申請書等の提出]; E --> F[⑥ 県社協から資金を交付（指定口座に送金）];
```
- ① 対象期間内に研修を修了（受講決定）又は資格を取得し、新たに介護職員として就職（内定）
  - ↓
  - ② 貸付申請
  - ↓
  - ③ 県社協にて申請書類をもとに貸付の可否を審査
  - ↓
  - ④ 県社協から貸付決定又は不承認通知を交付
  - ↓
  - ⑤ 借用証書、業務従事届、返還猶予申請書等の提出
  - ↓
  - ⑥ 県社協から資金を交付（指定口座に送金）

## 4 返還

### (1) 返還の内容

次のいずれかに該当するときは、月賦、半年賦又は一括のいずれか希望する方法により1年以内に返還しなければなりません。その場合は、返還計画申請書（様式第8号）を提出いただきます。

- ① 貸付契約が解除されたとき
- ② 県内において、介護職員の業務に従事する意思がなくなったとき
- 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とき

### (2) 延滞利子

正当な理由がなく貸付額を返還しなければならない期限までにこれを返還しなかったときは、当該返還期限日の翌日から返還の日までの期間の日数に応じ、返還すべき額につき年3.0パーセントの割合で計算した延滞利子を徴収します。

## 5 返還猶予・免除

### (1) 返還猶予

次のいずれかに該当し、県社協会長が認めるときは、その事由が継続する期間、貸付額に係る返還の債務の履行を猶予します。その場合は、返還猶予申請書（様式第10号）等を提出いただきます。

- ① 県内の介護保険サービス事業所・施設において介護職員の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

### (2) 返還免除

次のいずれかに該当するときは、返還債務を免除します。その場合は、返還免除申請書（様式第9号）等を提出いただきます。

- ① 研修終了後又は資格取得後、介護職員として就労した日から、県内の介護保険サービス事業所・施設において2年の間、引き続き、介護職員の業務に従事したとき

※2年の間とは、在職期間が通算730日以上であり、かつ、業務に従事した日数が360日以上とします。

※業務従事先の法人における人事異動等により、借受者の意思によらず、県外において介護職員の業務に従事した期間・日数については、上記期間・日数に算入します。

※他種の養成施設等における修学、災害、疾病、負傷、その他やむを得ない事由により介護職員の業務に従事できない期間が生じた場合は、上記期間には算入しないものとしませんが、引き続き、介護職員の業務には従事しているものとして取り扱い、返還を猶予することができます。

- ② 介護職員として従事している期間中に、業務上の事由により死亡し、又は業務に起因する心身の故障のため介護職員として継続して従事することができなくなったとき

## 6 届出義務

次のいずれかの事項に該当したときは、借受者（借受者が死亡した場合は連帯保証人）が、速やかに県社協に必要書類を届出なければなりません。

借受者は、返還を免除されるか、又は返還を完了するまで様々な届出を行う必要があります。これらの届出は、返還の免除や返還の猶予等の申請を行う場合の重要な証拠書類となり、届出がない場合、返還の免除や猶予が受けられなくなることがあるので、速やかに届出を行うようにしてください。

なお、以下の例示にない場合は、個別にお問い合わせください。

### (1) 借受者又は連帯保証人の氏名・住所等に変更があった場合

| 提出書類名 | 様式番号 | 備考                                        |
|-------|------|-------------------------------------------|
| 異動届   | 第7号  |                                           |
| 戸籍抄本  | —    | ・氏名変更の場合のみ                                |
| 住民票   | —    | ・住所変更の場合のみ。本籍記載あり、マイナンバー記載なし、3か月以内に取得したもの |

## (2) 借受者が転職・退職をした場合

| 提出書類名   | 様式番号 | 備考                                                                                                |
|---------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 業務従事届   | 第11号 | ・新旧勤務先分の2部必要<br>・退職後再就職までの求職活動期間は、通算3か月まで認めることが可能(必ずお問い合わせください)<br>・転職先も介護保険サービス事業所・施設でなければなりません。 |
| 異動届     | 第7号  |                                                                                                   |
| 返還計画申請書 | 第8号  | ・貸付の手引き4(1)に該当する場合のみ                                                                              |

## 7 様式一覧

埼玉県介護分野就職支援金貸付にかかる様式は、以下の県社協ホームページからダウンロードできます。

[https://jinzai.fukushi-saitama.or.jp/kaigoloan\\_7.html](https://jinzai.fukushi-saitama.or.jp/kaigoloan_7.html)

| 様式名称              | 様式番号   |
|-------------------|--------|
| 介護分野就職支援金貸付申請書    | 様式第1号  |
| 介護分野就職支援金利用計画書    | 様式第2号  |
| 誓約書               | 様式第3号  |
| 就職(内定・決定)証明書      | 様式第4号  |
| 借用証書              | 様式第5号  |
| 振込口座申請書           | 様式第6号  |
| 異動届(住所・氏名・連帯保証人等) | 様式第7号  |
| 返還計画申請書           | 様式第8号  |
| 返還免除申請書           | 様式第9号  |
| 返還猶予申請書           | 様式第10号 |
| 業務従事届             | 様式第11号 |
| 同意書               | 様式第12号 |
| 辞退届               | 様式第13号 |

## 8 問い合わせ先

### 【申請方法・手続きに関すること】

○社会福祉法人埼玉県社会福祉協議会 福祉人材センター

〒330-8529 さいたま市浦和区針ヶ谷4-2-6 5彩の国すこやかプラザ内  
電話 048-824-3370 FAX 048-833-8062

### 【制度趣旨に関すること】

○埼玉県 福祉部高齢者福祉課 介護人材担当

〒330-9301 さいたま市浦和区高砂3-15-1

電話 048-830-3232 FAX 048-830-4781



## 9 注釈

### ( \* 注 1 ) 連帯保証人について

次の各要件を全て満たす個人又は法人（借受希望者が外国人の場合等）の連帯保証人を立てる必要があります。連帯保証人は、借受者と連帯して債務を負担するものとし、借受人が返還できない場合は、連帯保証人が返還することとなります。

なお、申請書類受付後、連帯保証の意思確認のために連帯保証人へ電話連絡をすることがあります。連絡がつかない場合は審査を進めることができず、申請書類を返却することがあります。

#### **【個人の場合】**

- ①日本国籍を有する方又は永住者もしくは特別永住者等である。
- ②申込時点で75歳未満である。
- ③無収入や非課税、生活保護受給者等ではなく、貸付金を確実に返済できる収入等がある。
- ④埼玉県社会福祉協議会が実施する貸付事業（介護福祉士修学資金、潜在介護職員再就職準備金、障害福祉分野就職支援金、介護分野就職支援金、福祉系高校修学資金等）の借受人ではない。
- ⑤借受希望者が未成年者の場合、連帯保証人は法定代理人であること。  
※連帯保証人となる法定代理人に返済能力がない場合は、法定代理人に加えて、別に返済能力のある連帯保証人（原則近親者）を立てていただきます。

#### **【法人の場合：申請前に必ずお問い合わせください】**

- ①申込者の就職先（内定先を含む）の施設等を運営する法人である。
- ②保証能力を有する法人である。
- ③連帯保証人になることについて、法人の理事会または取締役会において承認している。

### ( \* 注 2 ) 他制度利用の場合について

他の公的支援制度、国庫補助事業等を活用している方は貸付の対象とならない場合があります。

## 埼玉県介護分野就職支援金貸付事業実施要綱

### 第1 目的

この事業は、慢性的な人手不足である状況を踏まえ、より幅広く新たな介護人材を確保する観点から、他業種で働いていた方等の介護分野における介護職としての参入を促進するため、就職の際に必要な経費に係る支援金（以下、「就職支援金」という。）の貸付けを実施し、迅速に新たな人材を確保することを目的とする。

### 第2 実施主体

本事業は、社会福祉法人埼玉県社会福祉協議会（以下「県社協」という。）が行い、県は必要な原資及び事務費を補助する。

### 第3 貸付対象者、貸付額及び貸付回数

貸付対象者、貸付額及び貸付回数は次のとおりとする。

#### 1 貸付対象者は、次に掲げる要件を全て満たす者とする。

- (1) 介護保険法施行規則第22条の23第1項に規定する介護職員初任者研修を修了した者、社会福祉士及び介護福祉士法に規定する実務者研修を修了した者又は社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）に規定する介護福祉士の資格を有する者（「埼玉県介護福祉士修学資金等貸付制度実施要綱」（令和3年7月8日福祉部長決裁）の第4「潜在介護職員再就職準備金貸付事業」及び第5「障害福祉分野就職支援金貸付事業」により貸付けを受けたことがある者を除く。）。
- (2) 居宅サービス等（介護保険法（平成9年法律第123号）第23条に規定する居宅サービス等をいう。以下同じ。）を提供する事業所若しくは施設又は第一号訪問事業（同法第115条の45第1項第1号イに規定する第一号訪問事業をいう。以下同じ。）若しくは第一号通所事業（同号ロに規定する第一号通所事業をいう。以下同じ。）を実施する事業所に介護職員その他主たる業務が介護等（法第2条第2項に規定する介護等をいう。以下同じ。）の業務である者（以下「介護職員等」という。）として就労した者若しくは就労を予定している者。
- (3) 県社協会長が定める様式による介護分野就職支援金利用計画書（以下単に「就職支援金利用計画書」という。）を提出した者。

#### 2 貸付額は、介護職員等として、就職する際に必要となる経費に充当するものとして、200,000円と貸付対象者が県社協会長に提出した就職支援金利用計画書に記載された額のいずれか少ない方の額とする。

また、就職と同時に研修を受講する場合においては、研修修了後に研修修了証を提出することを要件に、研修修了前に就職支援金を貸し付けることができるものとし、第7の1の「介護職員等として就労した日」は、「研修を修了した日」に読み替えるものとする。

#### 3 貸付回数は、一人当たり一回限りとする。

#### 第4 貸付方法及び利子

- 1 本事業による貸付けは、県社協会長と貸付対象者との契約により行うものとする。
- 2 利子は、無利子とする。

#### 第5 連帯保証人

- 1 本事業による貸付けを受けようとする者は、保証人を立てなければならない。なお、貸付けを受けようとする者が未成年者である場合の保証人は法定代理人でなければならないものとする。
- 2 保証人は、貸付けを受けた者と連帯して債務を負担するものとする。

#### 第6 貸付契約の解除

県社協会長は、貸付契約の相手方が資金貸付けの目的を達成する見込みがなくなったと認められるに至ったときは、その契約を解除するものとする。

#### 第7 返還の債務の当然免除

県社協会長は、貸付契約の相手方が次に掲げるいずれかに該当するに至ったときは、貸付額に係る返還の債務を免除するものとする。

当該要件については、本事業による貸付けを受けた者が、地域の介護人材として定着するという本事業の本来の趣旨を達成することを目指して置かれているものであり、県社協は本事業による貸付けを受けた者がこれら要件を満たすことができるよう、就労継続に当たっての相談支援などを行うよう努めるものとする。

なお、適切な返還債務の免除を行うため、貸付けを受けた者に対して、知事が定める時期に現況届の提出を求め、貸付けを受けた者の就労状況等について、定期的に把握するよう努めるものとする。

- (1) 第3の1の(2)の介護職員等として就労した日から、埼玉県内（以下、「県内という。」）において、2年の間、引き続き、介護職員等の業務に従事したとき。

ただし、法人における人事異動等により、貸付けを受けた者の意思によらず、埼玉県外において介護職員等の業務に従事した期間については、返還免除対象期間に算入できるものとする。

また、介護職員等の業務に従事後、他種の養成施設等における修学、災害、疾病、負傷、その他やむを得ない事由により介護職員等の業務に従事できない期間が生じた場合は、返還免除対象期間には算入しないものとするが、引き続き、介護職員等の業務に従事しているものとして取り扱うこととする。

- (2) 介護職員等として従事している期間中に、業務上の事由により死亡し、又は業務に起因する心身の故障のため介護職員等として継続して従事することができなくなったとき。

## 第8 返還

本事業による貸付けを受けた者が、次の各号の1に該当する場合（災害、疾病、負傷、その他やむを得ない事由がある場合を除く。）には、当該各号に規定する事由が生じた日の属する月の翌月から1年（返還債務の履行が猶予されたときは、この期間と当該猶予された期間を合算した期間とする。）内に、県社協会長が定める金額を月賦又は半年賦の均等払方式等により返還しなければならない。

- 1 貸付契約が解除されたとき。
- 2 県内において、介護職員等の業務に従事する意思がなくなったとき。
- 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とき。

## 第9 返還の債務の履行猶予

県社協会長は、本事業による貸付けを受けた者が次の各号の一に該当する場合には、当該各号に掲げる事由が継続している期間、履行期限の到来していない貸付額にかかる返還の債務の履行を猶予できるものとする。

- 1 県内において介護職員等の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。

## 第10 返還の債務の裁量免除

県社協会長は、本事業による貸付けを受けた者が、次の各号の一に該当するに至ったときは、貸付額（既に返還を受けた金額を除く。）に係る返還の債務を当該各号に定める範囲内において免除できるものとする。

- (1) 死亡し、又は障害により貸付けを受けた貸付額を返還することができなくなったとき

返還の債務の額（既に返還を受けた金額を除く。以下同じ。）の全部又は一部

- (2) 長期間所在不明となっている場合等、貸付額を返還させることが困難であると認められる場合であって、履行期限到来後に返還を請求した最初の日から5年以上経過したとき

返還の債務の額の全部又は一部

- (3) 県内において180日以上、介護職員等の業務に従事したとき  
返還の債務の額の全部又は一部

## 第11 延滞利子

県社協会長は、本事業による貸付けを受けた者が正当な理由がなく貸付額を返還しなければならない日までにこれを返還しなかったときは、当該返還すべき日の翌日から返還の日までの期間の日数に応じ、返還すべき額につき年3パーセントの割合で計算した延滞利子を徴収するものとする。

ただし、当該延滞利子が、払込の請求及び督促を行うための経費等これを徴収するのに

要する費用に満たない少額なものと認められるときは、当該延滞利子を債権として調定しないことができる。

## 第12 会計経理

- 1 県社協は、本事業に関するサービス区分を設け、本事業の会計経理を明確にしなければならない。
- 2 県社協は、本事業による貸付金の原資の運用によって生じた運用益及び当該年度の前年度において発生した返還金を、本事業に関するサービス区分に繰り入れるものとする。
- 3 本事業を廃止した場合、県社協は、廃止年度以降、毎年度、当該年度において返還された本事業による貸付額に相当する金額を県に返還するものとする。

## 第13 事業報告

- 1 県社協会長は、本事業の遂行状況に関し知事の要求があったときは、当該要求に係る事項を書面で知事に報告しなければならない。
- 2 県社協会長は、四半期ごとの事業運営実績について、別に定める様式により知事に報告しなければならない。

## 第14 その他

本事業の円滑な実施に当たり必要となるその他の事項については、知事が別に定めるところとする。

附 則

この要綱は、令和3年6月3日から施行し、令和3年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

埼玉県介護分野就職支援金貸付申請書

20 年 月 日

埼玉県社会福祉協議会 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。

|                   |                         |                                              |                                                                                                                                          |      |         |          |    |
|-------------------|-------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------|----------|----|
| 申請者記入欄<br>(自署)    | ふりがな                    |                                              |                                                                                                                                          | 生年月日 | 西暦      |          |    |
|                   | 氏名                      |                                              |                                                                                                                                          | 年    | 月       | 日 ( 歳)   |    |
|                   | 住所                      | 〒 —                                          |                                                                                                                                          |      |         |          |    |
|                   | 電話番号                    | 自宅                                           |                                                                                                                                          | 携帯   |         |          |    |
|                   |                         | ※日中、本会(048-824-3370)から連絡することができますので、御対応ください。 |                                                                                                                                          |      |         |          |    |
|                   | 職歴<br>(☑記入)             | <input type="checkbox"/>                     | 私はこれまで、介護保険サービス事業所又は施設等において、介護職員として従事したことはありません。                                                                                         |      |         |          |    |
|                   | 資格の届出<br>(☑記入)          | <input type="checkbox"/>                     | 私は、介護福祉士等届出制度にて、研修が修了又は資格を取得したことの届出登録を行いました(研修終了後、速やかに行います)                                                                              |      |         |          |    |
|                   | 貸付及び給付状況<br>(☑記入)       | <input type="checkbox"/>                     | 私はこれまでに、下記の貸付及び給付を受けたことはありません。<br>・介護分野就職支援金貸付 ・障害福祉分野就職支援金貸付<br>・潜在介護職員再就職準備金貸付<br>・介護福祉士修学資金貸付/福祉系高校修学資金貸付における就職準備金<br>・その他、目的の同じ貸付や給付 |      |         |          |    |
|                   | 負債状況<br>(該当に○)          | 負債有無                                         | 無                                                                                                                                        | ・ 有  | 金額      | 円        | 内容 |
|                   |                         | 現在状況                                         | 借受中 ・ 返済中 ・ 猶予(据置中) ・ 滞納 ・ 債務整理中 ・ 免責<br>その他( )                                                                                          |      |         |          |    |
| 貸付希望金額            | 総額 , 000円 ※20万円以内(千円単位) |                                              |                                                                                                                                          |      |         |          |    |
| 連帯保証人(予定)<br>(自署) | ふりがな                    |                                              |                                                                                                                                          | 生年月日 | 西暦      |          |    |
|                   | 氏名                      |                                              |                                                                                                                                          | 年    | 月       | 日 ( 歳)   |    |
|                   | 住所                      | 〒 —                                          |                                                                                                                                          |      | 申請者との関係 |          |    |
|                   | 電話番号                    | 自宅                                           |                                                                                                                                          | 携帯   |         |          |    |
|                   |                         | ※日中、本会(048-824-3370)から連絡することができますので、御対応ください。 |                                                                                                                                          |      |         |          |    |
|                   | 勤務先                     | 名称                                           |                                                                                                                                          |      | 収入      | (前年所得) 円 |    |
|                   |                         | ※収入のわかる書類を添付すること                             |                                                                                                                                          |      |         |          |    |
|                   | 負債状況<br>(該当に○)          | 負債有無                                         | 無                                                                                                                                        | ・ 有  | 金額      | 円        | 内容 |
|                   |                         | 現在状況                                         | 借受中 ・ 返済中 ・ 猶予(据置中) ・ 滞納 ・ 債務整理中 ・ 免責<br>その他( )                                                                                          |      |         |          |    |
|                   | 備考                      |                                              |                                                                                                                                          |      |         |          |    |

※連帯保証人は、安定した収入のある方でなければなりません。詳細は貸付の手引き7ページを必ずご確認ください。

## 介護分野就職支援金利用計画書

20          年          月          日

埼玉県社会福祉協議会 会長 様

|          |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |        |                                          |
|----------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------------------------------------|
| 申請者情報    | ふりがな                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |        |                                          |
|          | 氏名                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |        |                                          |
|          | 生年月日                               | 西暦                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 年      | 月 日 ( 歳)                                 |
|          | 住所                                 | 〒 -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |        |                                          |
|          | 借入希望金額                             | 総額                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | , 000円 | ※20万円以内(千円単位)<br>様式第1号と同額を記入             |
|          | 借入目的<br>(☑記入)                      | <input type="checkbox"/> 貸付金は、以下の用途に使用します。<br>・子どもの預け先を探す際の活動費<br>・介護に係る軽微な情報収集講習会参加費、参考図書等の購入費<br>・介護職員等として働く際に必要となる靴や道具又は当該道具を入れる鞆等の被服費<br>・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<br>・通勤用の自転車又はバイクの購入費<br>・その他、就職する際に必要となる経費                                                                                                                       |        |                                          |
| 研修・資格情報  | 新たに<br>修了した研修又は<br>取得した資格<br>(☑記入) | <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 (修了日:          年          月          日)<br><input type="checkbox"/> 介護職員実務者研修 (修了日:          年          月          日)<br><input type="checkbox"/> 介護福祉士 (登録日:          年          月          日)<br><input type="checkbox"/> 初任者研修又は実務者研修を現在受講中 (修了予定日:          年          月          日) ※年度内に修了予定であること |        |                                          |
|          | 研修実施<br>機関名                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |        |                                          |
|          | 事業所・施設<br>名称                       | ※就職が決定した(内定した)事業所名称を記入                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |                                          |
| 就業先事業所情報 | 事業所所在地<br>及び<br>電話番号               | 〒 -          電話番号 (          )          —                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |        |                                          |
|          |                                    | ※就職が決定した(内定した)事業所所在地を記入                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |                                          |
|          | 勤務開始<br>(予定)年月日                    | 20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 年      | 月 日          ※様式第4号の「勤務開始(予定)年月日」と一致すること |

**【申請書類チェックリスト】**

- 介護分野就職支援金貸付申請書(様式第1号)
- 介護分野就職支援金利用計画書(様式第2号)
- 誓約書(様式第3号)
- 研修の受講を証する書類(研修修了証の写し等)又は介護福祉士登録証の写し
- 就職(内定・決定)証明書(様式第4号)
- 同意書(様式第12号)
- 申請者の住民票(本籍記載あり・マイナンバー記載なし・3か月以内に取得したもの)
- 連帯保証人の住民票(本籍記載あり・マイナンバー記載なし・3か月以内に取得したもの)
- 連帯保証人の収入を証明するもの

個別の状況に応じ、追加書類が必要になる事があります。詳細は貸付の手引きを御確認ください。

## 誓約書

年 月 日

私は、埼玉県介護分野就職支援金貸付事業実施要綱の規定に従うことを誓約します。

申請者 住所  
(自署) 氏名

私は、上記申請者の連帯保証人として、申請者に誓約どおり履行させるとともに、上記申請者の債務を連帯して負担します。

連帯保証人 住所  
(自署) 氏名

申請者との関係



就職（内定・決定）証明書

20 年 月 日

埼玉県社会福祉協議会 会長 様

|         |     |
|---------|-----|
| 申請者氏名   |     |
| 申請者住所   | 〒 - |
| 申請者電話番号 |     |

**【就業先施設記入欄】 事業主が記入してください ※申請者記入不可**

※特定施設入居者生活介護の指定を受けていない住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅は、介護保険サービス事業所に該当しません。  
 ※介護保険サービス事業所番号は、就職先事業所の情報と一致するようご記入ください。

|                |                                                                                                                                    |                   |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 就業先情報          | 法人名                                                                                                                                |                   |
|                | 事業所・施設名称                                                                                                                           |                   |
|                | 事業所所在地及び電話番号                                                                                                                       | 〒 -<br>電話番号 ( ) - |
|                | 連絡担当者名                                                                                                                             |                   |
|                | 介護保険サービスの種類                                                                                                                        |                   |
|                | 介護保険サービス事業所番号                                                                                                                      |                   |
|                | 事業所指定年月日                                                                                                                           | 年 月 日             |
| 職種             | 介護職員 ※介護職員以外の職種は証明の対象外です                                                                                                           |                   |
| 雇用形態<br>(該当に☑) | <input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> 非常勤職員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |                   |
| 雇用契約内容         | 1週間当たりの勤務日数 週 ( ) 日                                                                                                                |                   |
|                | ※1年あたり180日以上勤務が想定される方が対象です。                                                                                                        |                   |
| 勤務開始（予定）年月日    | 20 年 月 日                                                                                                                           | ※事業所の指定年月日以降であること |
| 備考             |                                                                                                                                    |                   |

上記のとおり、介護職員として雇用が決定した（内定している）ことを証明します。

20 年 月 日

事業所等名

事業所の

代表者 職・氏名

公印

埼玉県介護分野就職支援金借用証書



印紙

令和 年 月 日

埼玉県社会福祉協議会 会長 様

|         |      |    |      |       |        |  |
|---------|------|----|------|-------|--------|--|
| 借受人(自署) | 貸付番号 |    | 生年月日 | 年 月 日 | 歳      |  |
|         | フリガナ |    |      |       |        |  |
|         | 氏名   |    |      |       | (登録実印) |  |
|         | 住所   | 〒  |      |       |        |  |
|         | 電話   | 自宅 |      | 携帯    |        |  |

私は、次のとおり埼玉県介護分野就職支援金の貸付を受けました。この資金は埼玉県介護分野就職支援金貸付事業実施要綱の規定に従い返還します。

|      |         |
|------|---------|
| 借用金額 | , 000 円 |
|------|---------|

連帯保証人 住 所  
(自署)

借受人との関係

(登録実印)

氏 名

私は、連帯保証人として借受人に上記のとおり履行させるとともに、万一、借受人が履行しない場合は、その債務を負担します。

法定代理人 住 所  
(自署)

借受人との関係

氏 名

(印)

法定代理人 住 所  
(自署)

借受人との関係

氏 名

(印)

## 介護分野就職支援金貸付振込口座申請書

年 月 日

(提出先)

埼玉県社会福祉協議会会長 様

|      |     |  |  |  |  |      |  |
|------|-----|--|--|--|--|------|--|
| 住所   | 〒 - |  |  |  |  |      |  |
| フリガナ |     |  |  |  |  | 貸付番号 |  |
| 氏名   |     |  |  |  |  |      |  |

私は、次のとおり資金振込口座を申し出ます。

|      |          |      |  |  |  |  |     |      |
|------|----------|------|--|--|--|--|-----|------|
| 振込先  | 金融機関等の名称 |      |  |  |  |  | 支店名 | 支店番号 |
|      | 口座の種類    | 普通預金 |  |  |  |  |     |      |
|      | 口座番号     |      |  |  |  |  |     |      |
| フリガナ |          |      |  |  |  |  |     |      |
| 口座名義 |          |      |  |  |  |  |     |      |

※口座名義は借受人本人のものでなければなりません。

※通帳の写しなど、上記の内容が確認できるものを添付してください。

## 異 動 届 (住所・氏名・連帯保証人等)

年 月 日

(提出先)

埼玉県社会福祉協議会会長 様

届出者住所

氏 名

(貸付番号 )

携帯電話番号

埼玉県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届け出ます。

### 記

| 変更事項<br>(該当に○) | 借受人の 住所・氏名・電話番号・勤務先・死亡<br>連帯保証人の 住所・氏名・電話番号・勤務先・死亡 |                         |                      |
|----------------|----------------------------------------------------|-------------------------|----------------------|
| 新旧の別           | (変更後)                                              | (変更前)                   |                      |
| 借受人            | 住所<br>TEL                                          | 〒                       |                      |
|                | ふりがな<br>氏名                                         |                         |                      |
|                | 勤務先<br>名称                                          | 勤務開始日又は異動してきた日<br>年 月 日 | 退職日または異動した日<br>年 月 日 |
|                | 勤務先所在地<br>TEL                                      |                         |                      |
| 連帯保証人          | 住所<br>TEL                                          | 〒                       |                      |
|                | ふりがな<br>氏名                                         |                         |                      |
|                | 勤務先<br>名称                                          |                         |                      |
|                | 勤務先所在地<br>TEL                                      |                         |                      |

※住所変更の場合は、住民票（本籍記載あり、マイナンバー記載なし、発行から3ヶ月以内のもの）を添付すること

※氏名変更の場合は、戸籍抄本を添付すること

※死亡の場合は、除籍証明書（又は死亡診断書の写し）等を添付すること

【介護分野就職支援金】

## 返還計画申請書

年 月 日

(提出先)

埼玉県社会福祉協議会会長 様

埼玉県介護分野就職支援金貸付事業により貸付を受けた資金を下記のとおり返還します。

## 記

|                |                                                                                                       |                     |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 借受者情報          | 貸付番号                                                                                                  |                     |
|                | 氏名                                                                                                    |                     |
|                | 住所                                                                                                    | 〒                   |
|                | 携帯電話番号                                                                                                |                     |
| 現在就業先等         | 名称                                                                                                    |                     |
|                | 住所                                                                                                    | 〒                   |
| 借用金額           | 円                                                                                                     |                     |
| 返還金額           | _____円                                                                                                |                     |
| 返還方法<br>(番号に○) | 1 月賦( 回払い)      2 一括<br>※ 月賦を選択する場合は、12回以内とする                                                         |                     |
| 返還期間           | 返還開始                                                                                                  | 年 月 (事由が発生した月の翌月)   |
|                | 返還期限                                                                                                  | 年 月末日 (月賦を選択した場合のみ) |
| 返還理由<br>(番号に○) | 1 貸付契約が解除された<br>2 埼玉県内において、介護職員の業務に従事する意志がなくなった<br>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<br>4 その他 ( ) |                     |

## 返還免除申請書

年 月 日

(提出先)

埼玉県社会福祉協議会会長 様

埼玉県介護分野就職支援金貸付事業により貸付を受けた資金の返還について、返還の免除を受けたいので次のとおり申請します。

## 記

|                       |                                                                                                                                          |     |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 借受者情報                 | 貸付番号                                                                                                                                     |     |
|                       | 氏名                                                                                                                                       |     |
|                       | 住所                                                                                                                                       | 〒 ー |
|                       | 携帯電話番号                                                                                                                                   |     |
| 返還免除<br>申請額<br>(借用金額) | _____ 円                                                                                                                                  |     |
| 申請理由<br>(番号に○)        | 1 県内で2年の間、介護職員の業務に従事した。<br>(在職期間通算730日以上かつ業務従事日数360日以上)<br>2 介護職員等の業務上の事由により死亡、又は業務に起因する心身の故障のため介護職員等として継続して従事することができなくなった。<br>3 その他 ( ) |     |

※ 申請理由1の場合は、様式第11号「業務従事届」を添付すること

※ 申請理由2の場合は、労働災害に認定されたことが分かる書類、診断書等を添付すること

## 返還猶予申請書

年 月 日

(提出先)

埼玉県社会福祉協議会会長 様

埼玉県介護分野就職支援金貸付事業により貸付を受けた資金の返還について、返還の猶予を受けたいので次のとおり申請します。

## 記

|                   |                                                                                          |                                 |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 借受者情報             | 貸付番号                                                                                     |                                 |
|                   | 氏名                                                                                       |                                 |
|                   | 住所                                                                                       | 〒                               |
|                   | 携帯電話番号                                                                                   |                                 |
| 現在就業先等            | 名称                                                                                       |                                 |
|                   | 住所                                                                                       | 〒<br><br>電話番号 (       )       - |
| 返還猶予申請額<br>(借用金額) | _____円<br>(お間違いの無いようご注意ください)                                                             |                                 |
| 返還猶予申請期間          | 年 月 日から 年 月 日まで                                                                          |                                 |
| 申請理由<br>(番号に○)    | 1 埼玉県内において介護職員業務に従事している。<br>2 災害、疾病、負傷、その他やむを得ない事由のため。<br>(発生年月日 : 年 月 日)<br>(具体的な事由 : ) |                                 |

※ 申請理由が確認できる書類を添付すること  
(様式第11号「業務従事届」・罹災証明・診断書等)

## 業務従事届

20 年 月 日

埼玉県社会福祉協議会 会長 様

|         |         |
|---------|---------|
| 申請者氏名   | (貸付番号 ) |
| 申請者住所   | 〒 -     |
| 申請者電話番号 |         |

## 【就業先施設記入欄】事業主が記入してください ※申請者記入不可

※特定施設入居者生活介護の指定を受けていない住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅は、介護保険サービス事業所に該当しません。

※介護保険サービス事業所番号は、就職先事業所の情報と一致するようご記入ください。

|               |                                                                                                                                    |                |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 就業先情報         | 法人名                                                                                                                                |                |
|               | 事業所・施設名称                                                                                                                           |                |
|               | 事業所所在地及び電話番号                                                                                                                       | 〒 - 電話番号 ( ) - |
|               | 連絡担当者名                                                                                                                             |                |
|               | 介護保険サービスの種類                                                                                                                        |                |
|               | 介護保険サービス事業所番号                                                                                                                      |                |
|               | 事業所指定年月日                                                                                                                           | 年 月 日          |
| 職種            | 介護職員 ※介護職員以外の職種は証明の対象外です                                                                                                           |                |
| 雇用形態(該当に☑)    | <input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> 非常勤職員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |                |
| 雇用契約内容        | 1週間当たりの勤務日数 週 ( ) 日<br>※1年あたり180日以上勤務が想定される方が対象です。                                                                                 |                |
| 業務開始年月日       | 20 年 月 日                                                                                                                           |                |
| 業務従事期間・業務従事日数 | 20 年 月 日～ 20 年 月 日まで<br>【上記期間のうち、業務中断(休業)期間がある場合のみ記入】<br>中断期間： 年 月 日～ 年 月 日<br>中断理由：<br>上記業務従事期間のうち実働日数 ( ) 日                      |                |
| 在籍状況(☑記入)     | 証明日現在 <input type="checkbox"/> 在籍 <input type="checkbox"/> 退職 ( 年 月 日付)                                                            |                |

上記のとおり、介護職員の業務に従事していたことを証明します。

20 年 月 日

事業所等名

事業所の

代表者 職・氏名

公印



業務従事届

20 年 月 日

埼玉県社会福祉協議会 会長 様

|         |     |
|---------|-----|
| 申請者氏名   |     |
| 申請者住所   | 〒 - |
| 申請者電話番号 |     |

【就業先施設記入欄】 事業主が記入してください ※申請者記入不可

※特定施設入居者生活介護の指定を受けていない住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅は、介護保険サービス事業所に該当しません。  
 ※介護保険サービス事業所番号は、就職先事業所の情報と一致するようご記入ください。

|            |                                                                                                                                    |                   |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 就業先情報      | 法人名                                                                                                                                |                   |
|            | 事業所・施設名称                                                                                                                           |                   |
|            | 事業所所在地及び電話番号                                                                                                                       | 〒 -<br>電話番号 ( ) - |
|            | 連絡担当者名                                                                                                                             |                   |
|            | 介護保険サービスの種類                                                                                                                        |                   |
|            | 介護保険サービス事業所番号                                                                                                                      |                   |
|            | 事業所指定年月日                                                                                                                           | 年 月 日             |
| 職種         | 介護職員 ※介護職員以外の職種は証明の対象外です                                                                                                           |                   |
| 雇用形態(該当に☑) | <input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> 非常勤職員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |                   |
| 雇用契約内容     | 1週間当たりの勤務日数 週 ( ) 日                                                                                                                |                   |
|            | ※1年あたり180日以上勤務が想定される方が対象です。                                                                                                        |                   |
| 業務開始年月日    | 20 年 月 日 ※事業所の指定年月日以降であること<br>※ 資格取得後就職した場合、業務を開始した日を記入してください。<br>※ 就職後資格を取得した場合、資格取得日が業務開始日となります。                                 |                   |

上記のとおり、介護職員の業務に従事していることを証明します。

20 年 月 日

事業所等名

事業所の

代表者 職・氏名

公印

## 同意書

年 月 日

私は、下記の事項に同意します。

- 1 申請者及び連帯保証人は、申請者の記載事項が真実かつ正確であることを保証することとします。
- 2 記載した個人情報については、本制度に必要な範囲で利用することに同意します。  
※必要な範囲には、埼玉県、さいたま市、県福祉人材センター、勤務している事業所等と申請者の手続き等の状況につき情報を共有し、必要な支援を行うことを含むものとします。
- 3 本資金は、審査の上、貸付の可否について決定いたしますので、審査の結果、希望に添えない場合があります。なお、審査の結果、不承認になった場合、その理由はお答えいたしません。
- 4 本貸付を通じて取得した個人情報は、本人の同意なく、本貸付の目的以外に利用すること、及び、上記2による場合を除き、第三者への提供は行いません。  
ただし、以下の場合に限り、あらかじめ同意を得ることなく、本事業の目的以外への利用、第三者への提供を行うことがあります。
  - ・弁護士法に基づいた弁護士による照会に回答する場合など法令の基づく場合。
  - ・火災・災害など緊急時で、人の生命・身体・財産の保護のために必要がある場合
  - ・税務署からの照会、警察・検察からの捜査協力依頼による場合
- 5 連帯保証人は貸付決定後、原則変更出来ません。借受者が、退職、他の法人へ転職する等、借受者との関係性に貸付申請時と変化が生じたとしても、連帯保証人としての契約は無効にならず、本貸付について返還免除または返還完了（完済）となるまでは連帯保証人としての契約は継続されます。
- 6 連帯保証人は債権者（埼玉県社会福祉協議会）から返済を迫られたとき、「まずは借りた本人に請求してほしい」と求めること（催告の抗弁）や、「借りた本人に返済に回る財産があるのでそこから返済してほしい」と求めること（検索の抗弁）はできません。
- 7 次の各号を確約します。
  - ① 自らが、暴力団、暴力団関係企業、総会屋若しくはこれらに準ずる者又はその構成員（以下総称して「反社会的勢力」という）ではないこと。
  - ② 反社会的勢力に自己の名義を利用させ、この契約を締結するものでないこと。
  - ③ 本契約の締結から契約が終了するまでの間に、自ら又は第三者を利用して、この契約に関して次の行為をしないこと。
    - ア 埼玉県協社会福祉協議会に対する脅迫的な言動又は暴力を用いる行為
    - イ 偽計又は威力を用いて埼玉県社会福祉協議会の業務を妨害し、又は信用を毀損する行為
- 8 次のいずれかに該当した場合には、埼玉県社会福祉協議会から何らの催告を要せずして、この契約を解除することができる。
  - ① 前項①又は②の確約に反する申告をしたことが判明した場合
  - ② 前項②の確約に反し契約をしたことが判明した場合
  - ③ 前項③の確約に反した行為をした場合
- 9 この契約が解除された場合には、解除により生じる損害について、埼玉県社会福祉協議会に対し一切の請求を行わない。

(申請者) 住所  
(自署)

氏名

(連帯保証人) 住所  
(自署)

氏名

(宛先)  
埼玉県社会福祉協議会会長 様

## 辞 退 届

年 月 日

(提出先)

埼玉県社会福祉協議会 会長 様

埼玉県介護分野就職支援金貸付事業により貸付を受けた資金について、貸付辞退(契約解除)を届け出ます。

### 記

|                |                                     |      |  |
|----------------|-------------------------------------|------|--|
| 借受者            |                                     | 貸付番号 |  |
| 借受者との<br>関係    |                                     |      |  |
| 届出理由           | ※具体的にご記入ください。(例: ○○の理由により、□□となった。等) |      |  |
| 届出事項の<br>発生年月日 | 年 月 日                               |      |  |
| 備考             |                                     |      |  |