

記入例

介護福祉士修学資金貸付申請

記入した日を書いてください。

受付番号

記入日 2023 年 4 月 15 日

1. 申請者に係る事項

養成施設	施設名	〇〇専門学校		課程名	介護福祉科	
	学年	1 年	入学予定年月	2023 年 4 月	卒業予定年月	2025 年 3 月
フリガナ	フクシ ハナコ			生年月日 (西暦)		
氏名	福祉 花子			2004 年 11 月 1 日 (18 歳)		
住所	〒 542 - 0065			住民票の住所を書いてください。 (現在の住所地と一致すること)		
	大阪市中央区中寺1-1-54 ふくしハイツ301					
自宅電話	06-6776-〇〇〇〇		携帯電話	090-1234-〇〇〇〇		
経歴	学歴			職歴		
	2023 年 3 月	府立〇〇高等学校卒		年	月	
	年	月		年	月	
卒業後の希望就職先	第一希望	特別養護老人ホーム				
	第二希望	介護老人保健施設				

就職を希望する事業名を書いてください。
(返還免除対象業務のみ対象です)

2. 修学に係る費用の使途

使途	金額
入学金	200,000 円
学費	1,800,000 円
教材費	50,000 円
交通費	50,000 円
実習にかかる費用	70,000 円
	円
	円
合計	2,170,000 円

(授業料や施設費、実習費、教材費、交通費など)

「所要金額」および「他に受けている奨学金等の金額」は、修学期間の通算額を記入してください。

3. 他に受けている奨学金等

奨学金等	
<input checked="" type="checkbox"/> 受けている	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 申請中(予定金額を記入)
・高等教育修学支援新制度	第 I 区分
「授業料等減免」入学金の減免額	160,000 円
「授業料等減免」授業料の減免額	1,180,000 円
※(例)は支援区分「第 I 区分」の2年間分を記載しています。 ※教育支援資金の貸付を受けている場合、修学資金を償還に充てます。	
・生活福祉資金「教育支援資金」	200,000 円
・母子・父子・寡婦福祉資金貸付金	円
・職業訓練受講給付金	円
・離職者等再就職訓練	円
・ひとり親家庭自立支援給付金	円
・ひとり親家庭高等職業訓練促進資金	円
・児童養護施設退所者に対する自立支援金	円
	円

4. 借入申請内容

借入希望期間	2023年 4 月 ~ 2025 年 3 月 まで (24 カ月)		
借入希望金額	① 月額	35,000 円 × 24 カ月	= 840,000 円
		(上限5万円、千円単位)	(上限168万円、千円単位) ※授業料等の自己負担額まで
	② 入学準備金	40,000 円	(上限20万円、千円単位、令和5年度入学者対象、入学金の自己負担額まで)
	③ 就職準備金	150,000 円	(上限20万円、千円単位、最終回加算)
	④ 国家試験受験対策費用	30,000 円 × 2 年分	= 60,000 円
		(上限4万円、千円単位)	
⑤ 生活費加算	月額	円 × 月	カ月
	(居住地の「大阪府級地」及び「年齢区分」により加算限度額が決定。)		
	合計①+②+③+④+⑤	1,090,000 円	

※生活費加算は、日本学生支援機構の「給付型奨学金」を受給する場合、申請できません。

5. 連帯保証人に係る事項

(申請者の氏名 **福祉 花子**)

連帯保証人 (予定者)	フリガナ	フクシ タロウ	生年月日 (西暦)	
	氏名	福祉 太郎	<p style="text-align: center;"><u>連帯保証人の要件 (個人の場合)</u></p> <p>※未成年の場合は親権者を立ててください。 ア) 独立した生計を営んでいること イ) 申請時の年齢が65歳未満であること ウ) 安定した収入があること (合計所得金額が申請金額を上回っていること / 現在、従事中であること) エ) 日本国籍を有する者又は次のいずれかに該当する者 ①定住者 ②永住者 ③特別永住者 ④日本人の配偶者等 ⑤永住者の配偶者等 連帯保証人がア～エの要件を満たさない場合は、もう一人の連帯保証人を立てる必要があります。</p>	
	申請者との関係	父		
	自宅住所	〒 542 - 0065 大阪市中央区中寺1-1		
	自宅電話	06-6776-0000		
	勤務先名	株式会社000		
	勤務先住所	〒 545 - 0001 大阪市阿倍野区天王寺		
				歳)

(法人が連帯保証人となる場合のみ記入)

※ 法人保証を行う法人	フリガナ	フク) 000	<p>直接雇用契約がなく、また派遣職員でもない場合は、その他に○印のうえ、関係を記入してください。</p>				
	法人名	社会福祉法人000					
	申請者との関係 <small>※該当欄に○印</small>	直接雇用 契約あり	<input type="radio"/>	派遣職員として 受入れ	<input type="checkbox"/>	その他	その他の内容 ()
	事業所住所	〒 532 - 0011 大阪市淀川区西中島0-0					
	事業所電話	06-2222-0000	事業所 F A X	06-2222-0000			
	府社協承認番号	R 0 5 - 000	事業所 担当者名	社福 一郎			