

介護福祉士修学資金貸付申請書

記入した日を書いてください。

受付番号

記入日 2025 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	2025 年 4 月	卒業予定年月	2027 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			2006 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)		
	大阪府中央区中寺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		
	2025 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		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)		
	第二希望	介護老人保健施設				

2. 修学に係る費用の使途

使途	金額
入学金	200,000 円
学費	2,000,000 円
教材費	50,000 円
交通費	50,000 円
実習にかかる費用	70,000 円
合計	2,370,000 円

(授業料や入学金、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 1 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
(「令和7年度大学等奨学生採用候補者決定通知(写し)」の添付が必要)	
※(例)は支援区分「第1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。	
・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

4. 借入申請内容

借入希望期間	2025年 4 月 ~ 2027 年 3 月 まで (24 カ月)		
借入希望金額	① 月額	30,000 円 × 24 カ月 = 720,000 円	※授業料等の自己負担額まで (上限5万円、千円単位)
	② 入学準備金	40,000 円	(上限20万円、千円単位、令和7年度入学者対象、入学金の自己負担額まで)
	③ 就職準備金	200,000 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	40,000 円 × 2 年分 = 80,000 円	(上限4万円、千円単位)
	⑤ 生活費加算	月額 円 × 月 月	※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。 (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	1,040,000 円	

5. 連帯保証人に係る事項

連帯保証人 (予定者)	フリガナ	フクシ タロウ	<p>連帯保証人の要件 (個人の場合)</p> <p>※未成年の場合は親権者を立ててください。</p> <p>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</p> <p>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>
	氏名	福祉 太郎	
	申請者との関係	父	
	自宅住所	〒 542 - 0065 大阪市中央区中寺1-1-54	
	自宅電話	06-6776-0000	
	勤務先名	株式会社〇〇〇	
	勤務先住所	〒 545 - 0001 大阪市阿倍野区天王寺町北	

(法人が連帯保証人となる場合のみ記入)

※ 連帯保証人 を行う法人	フリガナ	フク) 〇〇〇	<p>直接雇用契約がなく、また派遣職員でもない場合は、その他に〇印のうえ、関係を記入してください。</p>		
	法人名	社会福祉法人〇〇〇			
	申請者との関係 <small>※該当欄に〇印</small>	直接雇用契約あり <input type="radio"/> 派遣職員として受入れ <input type="radio"/> その他 <input type="radio"/> その他の内容 ()			
	事業所住所	〒 532 - 0011 大阪市淀川区西中島〇-〇			
	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 7 - 〇〇〇		事業所担当者名	社福 一郎
	保証制度への加入有無	<input checked="" type="radio"/> 加入 ・ <input type="radio"/> 未加入		審査承認番号 (契約者番号)	123456 × × ×

6. 連帯保証人以外の緊急連絡先 (1名以上ご記入ください) ※外国人留学生は未記入で構いません

連絡順	氏名	申請者との関係	携帯番号
1	福祉 花子	母	090-〇〇〇-xxxx
2	福祉 一郎	兄	080-〇〇〇-xxxx

申請者ならびに連帯保証人に連絡が繋がらない場合にご連絡いたしますので、連帯保証人以外の方で1名以上記載してください。