

記入例

介護分野就職支援金貸付申請書

事務局使用欄です。  
記入不要

記入した日を  
書いてください。

受付番号 記入日 年 月 日

1. 申請者係る事項

フリクションペンは  
使用禁止です。

|                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------|
| フリガナ                                               | ジンザイ タダシ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      | 月日（西暦）                  |
| 氏 名                                                | 人材 正                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 1990 年 〇 月 〇 日（〇〇 歳） |                         |
| 現 住 所                                              | 〒 542 - 0065<br>大阪市中央区中寺 1 - 1 - 〇〇                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                         |
| 自宅電話                                               | 06-67〇〇-294〇                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 携帯電話                 | 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇           |
| 保有資格                                               | <div><input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修<br/><input checked="" type="checkbox"/> 実務者研修<br/><input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修<br/><input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修<br/><input type="checkbox"/> 訪問介護員（ホームヘルパー）1 級<br/><input type="checkbox"/> 訪問介護員（ホームヘルパー）2 級<br/><input type="checkbox"/> その他（ ）</div> <div>※該当するものに☑する</div> <div><input type="checkbox"/> 「大阪府介護分野への就労・定着促進事業」を利用中である</div>                 |                      |                         |
| 研修実施機関名・学校名                                        | 株式会社△△ 〇〇〇専門学校                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                      | 研修修了日：西暦202●年●月●日       |
| 申請期限は、<br>就労開始日より <u>3カ月以内</u>                     | 200,000 円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      | 研修修了証をもとに、<br>記入してください。 |
| 就労開始年月日                                            | 西暦 202●年 12 月 1 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                      | ※直近の介護職員や障害者の雇用期間が1     |
| 就労する                                               | 採用証明書（様式第2号）をもとに、記入してください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                      |                         |
| 又は施設名                                              | 社会福祉法人 〇〇福祉会 〇〇〇の里                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                      |                         |
| 介護職員や<br>障がい福祉職員<br>としての<br>勤務経験<br>ならびに<br>直近の従事先 | <div><input type="checkbox"/> あり<br/><input checked="" type="checkbox"/> なし</div> <div>介護職員等として勤務した経験がある場合は、必ず <input type="checkbox"/>あり にチェックを入れて、<b>離職日</b>を記入ください。<br/>直近の介護職の従事先は、法人名からご記入ください。</div> <div>（記入例）社会福祉法人 〇〇〇〇 別養護老人ホーム〇●</div> <div>介護職員・障がい福祉職員の勤務経験者のみ記入</div> <div>株式会社〇△▽</div> <div>介護職員等として勤務した経験がない場合、必ず <input type="checkbox"/>なし にチェックをいれて、<br/>直近の従事先を記入ください。（介護職以外の会社名/企業名）</div> |                      |                         |

## 2. 連帯保証人に係る事項

|         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| フリガナ    | ジンザイ ジロウ                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 氏 名     | 人材 次郎                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 申請者との関係 | 父                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 自 宅 住 所 | 〒 542 - 0065<br>大阪市中央区中寺1-1-〇〇                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 自 宅 電 話 | 06-〇〇〇〇-〇〇〇〇                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 勤務先名    | 株式会社〇〇〇 ▽▽営                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 勤務先住所   | 〒 531 - 〇〇〇〇 (源泉徴収票)<br>大阪市北区梅田〇-〇-〇                                                                                                                                                                                                                                                               |
| チェック欄   | <input checked="" type="checkbox"/> 家族の扶養に入っている<br><input checked="" type="checkbox"/> 現在、大阪府社会福祉協会の職員<br><input checked="" type="checkbox"/> 現在、大阪府社会福祉協会の職員<br><input checked="" type="checkbox"/> 生活福祉資金（コロナ特例）<br>※上記4箇所にチェックが入らない場合、連帯保証人の条件を満たしません。<br>（上記以外にも連帯保証人の要件はあります。詳細は募集要項をご確認ください） |

## 連帯保証人の要件

下記の㉗～㉙の要件をすべて満たす方を連帯保証人としてください

㉗ 独立した生計を営んでいる。**(扶養家族は不可)**  
 ㉘ 住民税が課税されている。（現在就労中である）  
**(非課税は不可)**

㉙ 日本国内に居住する成年の者である。  
 ㉚ 申請日において年齢が**65歳未満**である。  
 ㉛ 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

※㉗～㉙を満たす方であれば、**ご家族でも可**  
 （例 配偶者、子、父、母）

※ただし、募集要領の2ページ 7に該当する場合は、**連帯保証人になれません。募集要領を参照ください**

源泉徴収票に記載の住所が本社でも  
 現在の勤務先住所を記入してください。

例 東京本社発行の源泉徴収票  
 毎日勤務するのは大阪営業所  
 ↓  
 大阪営業所の住所を記入

連帯保証人（予定）の方について  
 該当する箇所をチェックください。

## ■ 必要書類のチェック（※提出する書類に☑をしてください）

- ☒ 介護分野就職支援金貸付申請書（本用紙）
- ☒ 同意書（申請者及び連帯保証人が**自署**）
- ☒ 住民票（申請日より前3カ月以内に発行された世帯**全員**の記載があるもの）（複写不可）
- ☒ 資格を証明するもの（介護福祉士登録証または研修修了証明書の写し）
- ☒ 採用証明書（様式第2号）
- ☒ 連帯保証人の源泉徴収票（コピー可）もしくは住民税課税証明書（複写不可）
- ☐ （介護職員や障がい福祉職員としての勤務経験がある場合）  
 従事していた前職の状況を証明するもの（雇用保険被保険者資格喪失確認通知書、離職票、源泉徴収票等）  
 いずれか写し1通