

返還計画書

令和 4 年 5 月 6 日

長崎県社会福祉協議会会長 様

貸付番号	3KB9999		
住所等	〒852-9999 長崎市浦上町99-99 携帯電話090(9999)9999 自宅電話095(999)9999		
氏名	長崎 花子	長崎 (印)	生年月日 昭和・平成55年4月10日生

次のとおり下記借入金の返還計画書を提出します。

長崎県（介護福祉士修学、介護福祉士実務者研修受講、離職介護人材再就職準備）資金

返還すべき額	107,000 円	
最終期限	令和 4 年 9 月まで	
※返還方法 一括か分割を丸で囲んでください。 分割の場合、右欄に内容を記入して下さい。	一括	分割方法：初回 令和4年5月に 27,000円返還 令和4年6月から令和4年8月まで毎月 20,000円返還  最終期限に 20,000円返還し完済する。
※返還金振込先 希望振込先銀行を○囲み	口座名義：社会福祉法人 長崎県社会福祉協議会 金融機関：1. 十八銀行、2. 親和銀行 ③ ゆうちょ銀行 〈返還金の支払いに係る費用（送金手数料等）は、借受人が負担します〉	
※返還理由 該当番号を○で囲んで下さい。	1. 貸付契約の解除 2. 介護等業務を離職または対象外の業務に転職 ③ 長崎県外に就職 4. 介護福祉士の未登録（修学資金・実務者受講資金のみ対象） 5. その他（詳しく）	

[連帯保証人]

住所等 〒852-8999

長崎市茂里町99-98

携帯電話 090 ( 999 ) 5555

自宅電話 095 ( 999 ) 2222

氏名 山里 太郎

山里 (印)

【連帯保証人が2名の場合使用】

[連帯保証人]

住所等 〒 \_\_\_\_\_

携帯電話 ( )

自宅電話 ( )

氏名

(印)

私は、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、その債務を連帯して負担いたします。

## 返還計画書

令和 年 月 日

長崎県社会福祉協議会会長 様

貸付番号			
住所等	〒 _____		
	携帯電話 ( )	自宅電話 ( )	
氏名	(印)	生年月日	昭和・平成 年 月 日生

次のとおり下記借入金の返還計画書を提出します。

長崎県（  介護福祉士修学、 介護福祉士実務者研修受講、 離職介護人材再就職準備 ）資金

返還すべき額	円		
最終期限	令和 年 月まで		
※返還方法 一括か分割を丸で 囲んでください。 分割の場合、右欄に 内容を記入して下さい。	一括 ・ 分割	初回 令和 年 月に 円返還 令和 年 月から令和 年 月まで毎月 円返還 最終期限に 円返還し完済する。	
※返還金 振込先 希望振込先銀行を ○で囲んで下さい。	口座名義：社会福祉法人 長崎県社会福祉協議会 金融機関：1. 十八銀行、2. 親和銀行、3. ゆうちょ銀行 〈返還金の支払いに係る費用（送金手数料等）は、借受人が負担します〉		
※返還理由 該当番号を○で囲 んで下さい。	1. 貸付契約の解除 2. 介護等業務を離職または対象外の業務に転職 3. 長崎県外に就職 4. 介護福祉士の未登録（修学資金・実務者受講資金のみ対象） 5. その他（詳しく _____）		

【連帯保証人が2名の場合使用】

[連帯保証人]

住所等 〒 \_\_\_\_\_

携帯電話 ( )

自宅電話 ( )

氏名

(印)

[連帯保証人]

住所等 〒 \_\_\_\_\_

携帯電話 ( )

自宅電話 ( )

氏名

(印)

私は、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、その債務を連帯して負担いたします。