

返還計画書

令和 5年 4月 3日

長崎県社会福祉協議会会長 様

貸付番号	KA999		
住所等	〒852-9999 長崎市茂里町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14年6月3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	1,680,000 円	
最終期限	令和 9年 3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	最終期限： 令和 9年 3月まで 分割方法：初回 令和 5年 4月に 35,000円返還 令和 5年 5月から 令和 9年 2月まで毎月 35,000円返還
	分割	最終期限に 35,000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 〒852-9999  
長崎市茂里町99-99

携帯電話 090(8888)8888  
自宅電話 095(999)9999

氏名 長崎 太郎 長崎印

[連帯保証人]

住所等 〒 -

携帯電話 ( )  
自宅電話 ( )

氏名 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	Ⓜ	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 囲ってください。 分割の場合、右欄に 内容を記入して下さい。	一括 ・ 分割	最終期限： 令和 年 月まで 分割方法：初回 令和 年 月に 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]

住所等 〒 \_\_\_\_\_

携帯電話 ( )

自宅電話 ( )

氏名

Ⓜ

【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

Ⓜ

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。