

## 介護職員奨学金返還支援補助金交付申請希望確認票

1 次の事項について記入してください。

**昨年度補助金の交付を受けた方は、「必須」と記載のある項目のみ記入で可**

交付希望者氏名(必須)		生年月日(必須)	
住所(必須)			
勤務先事業所名(必須)			
事業所運営法人名(必須)			
職種(必須)			
奨学金の借入先（複数ある場合は、全て記入）			
奨学金を活用して就学した学校名（複数ある場合は、全て記入）			

2 勤務の状況について、当てはまるものに○をつけてください。

(1) 介護保険サービス事業所(※)専従で、週30時間以上勤務している。 □

(2) 有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、運営法人本部等介護保険サービスを提供する事業所ではない事業所の職員と兼務しているが、介護保険事業所(※)に週30時間以上勤務している。 □

(3) 現時点で、現在勤務している事業所に継続して勤務する意思がある。 □

(※) 訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、福祉用具貸与、特定福祉用具販売、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、複合型サービス、居宅介護支援、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院

3 金額、時期等について記入してください。

**昨年度補助金の交付を受けた方で、返還金額が変動していない場合は記入不要です。**

(1) 次の年月に返還した又は返還を予定している金額を記入してください。

	月賦額(A)	月賦額以外の金額(B)	小計 (A + B)
令和7年4月	円	円	円
令和7年5月	円	円	円
令和7年6月	円	円	円
令和7年7月	円	円	円
令和7年8月	円	円	円
令和7年9月	円	円	円
令和7年10月	円	円	円
令和7年11月	円	円	円
令和7年12月	円	円	円
令和8年1月	円	円	円
令和8年2月	円	円	円
令和8年3月	円	円	円
合計	円	円	円

(2) 返還終了予定年月を記入してください。(和暦で記入)

□年 □月

(3) (2)で回答した月に、返還を予定している金額について記入してください。

□円

**裏面(2枚目)も必ずご確認ください(交付を受けようとする方は、アンケートに御協力をお願いいたします。)**

#### 4 アンケートへの回答

介護職員奨学金返還支援補助金の交付を希望する方は、下記の市のホームページ内のアンケートフォームから回答をお願いいたします。また、介護職員奨学金返還支援補助金の詳細についても掲載しておりますので、併せて御確認ください。

【介護職員奨学金返還支援補助金について 広報ID：1025964】[☒](#)

<https://www.city.morioka.iwate.jp/kenkou/kaigoiryo/kaigohoken/1025964.html>[☒](#)

- ①盛岡市のホームページを開く
- ②広報IDをクリック(タップ)する
- ③広報IDを入力する
- ④表示をクリック(タップ)する

#### 【注意事項】

交付申請を行うまでの間に、返還額に変更が生じた場合は、変更後の返還額が証明できる書類を添付した上で、市介護保険課に改めて本確認票の提出をお願いいたします。

【送付先】メール：kaigo@city.morioka.iwate.jp FAX：019-651-1181