

ひとり親家庭高等職業訓練促進資金貸付申請書

社会福祉法人高知県社会福祉協議会 会長 様

私は、社会福祉法人高知県社会福祉協議会 ひとり親家庭高等職業訓練促進資金貸付要領に定める業務への従事を希望しており、ひとり親家庭高等職業訓練促進資金の貸付けを受けたいので、貸付要領第4条第1項の規定により関係書類を添えて申請します。

なお、貸付け決定後は、貸付要領に定められた事項を守ることを誓います。

				年	月	日		
貸付申請者(自署)	フリガナ		性別	生年月日				
	氏名	Ⓜ	男・女	昭和 平成	年 月 日 (歳)			
	住所	(〒 -)						
貸付申請額		(貸付期間)	年	月	～	年	月	(ヶ月)
		円 (家賃実費 円)						
申請理由								
他制度の利用状況		住宅確保給付金 <input type="checkbox"/> 受給している → 1ヶ月 円 (年 月～ 年 月) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 受給していない						

上記の貸付申請に対し、同意します。(※申請者が未成年の場合、署名押印すること)

				年	月	日		
法定代理人	住所	(〒 -)	(〒 -)					
	フリガナ		性別	性別				
	氏名	Ⓜ	男・女	Ⓜ	男・女			
	生年月日	昭和・平成	年	月	日	昭和・平成	年	月

【連帯保証人予定者】(※申請者が未成年の場合、法定代理人の氏名を記入)

フリガナ		性別	生年月日			
氏名		男・女	昭和・平成	年	月	日
住所	(〒 -)					

※ 法定代理人が未成年後見人の場合は、未成年後見人であることを証明する書類を添付すること。

【ひとり親家庭高等職業訓練促進資金】 身 上 調 書

貸付申請者	フリガナ 氏名		電話番号	固定 ----- 携帯			
	学歴	中学校			年 月卒業		
					年 月		
					年 月		
					年 月		
職歴	施設・事業所名	期 間					
		年 月 ~ 年 月					
		年 月 ~ 年 月					
法定代理人	フリガナ 氏名		同居 別居	同・別 健康状態			
	電話番号	(固定) ()	(携帯) ()				
	職業		申請者との 関係				
	勤務先	(名称) (電話番号) ()	(住所) 〒 -				
法定代理人	フリガナ 氏名		同居 別居	同・別 健康状態			
	電話番号	(固定) ()	(携帯) ()				
	職業		申請者との 関係				
	勤務先	(名称) (電話番号) ()	(住所) 〒 -				
その他の家族の状況	氏名	続柄	年齢	同居別居	職業	勤務先・学校名	健康状態
連帯保証人	フリガナ 氏名		同居 別居	同・別 健康状態			
	電話番号	(固定) ()	(携帯) ()				
	職業		申請者との 関係				
	勤務先	(名称) (電話番号) ()	(住所) 〒 -				

※法定代理人は、貸付申請者が未成年の場合に記入すること。

個人情報の取り扱いについて（同意書）

「個人情報の取扱い説明書」及び「個人情報取扱事務概要説明書」をお読みいただき、次の各項目について、理解・同意していただける場合にはチェックを入れ、署名・捺印をして下さい。

- 私は、「個人情報の取扱い説明書」及び「個人情報取扱事務概要説明書」により、貴会における個人情報の取り扱いについて理解しました。
- 私は、資金貸付の利用に伴い、申込書などの提出書類に記載した個人情報について、「個人情報の取扱い説明書」及び「個人情報取扱事務概要説明書」並びに高知県社会福祉協議会の規則に基づいて取り扱われることに同意します。

令和_____年_____月_____日

申請者 氏名 _____ 印 _____

親権者 又は未成年後見人 氏名 _____ 印 _____

親権者 又は未成年後見人 氏名 _____ 印 _____

連帯保証人 氏名 _____ 印 _____