

自立支援資金貸付申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人 高知県社会福祉協議会会長 様

郵便番号
申請者 住 所
氏 名 印

下記のとおり児童養護施設退所者等に対する自立支援資金の貸付けを受けたいので関係書類を添えて申請します。

申請者	住所	〒		電話 () -	
	フリガナ氏名			生年 月 日	年 月 日生 歳 (男・女)
進学先・就職先・資格取得の状況	大学等の名称				
	所在地				
	入学 年 月 日	年 月 日	卒業予定 年 月 日	年 月 日	
	就職した事業所名等				
	所在地				
	施設等退所日又は 里親等委託解除日	年 月 日			
	取得する資格の内容				
	養成機関等の名称				
借用希望内容	生活支援費 借用期間 (総月数)	金 円 令和 年 月から令和 年 月まで (月間)			
	家賃支援費 借用期間 (総月数)	金 円 (月額 円) 令和 年 月から令和 年 月まで (月間)			
	資格取得支援費※	金 円			
	借用総額	金 円			

裏面につづく

※資格取得支援費については、児童入所施設措置費等国庫負担金によって特別育成費における資格取得等特別加算費が支弁される場合には、当該加算費を控除した額とすること。

申請者の家族の状況(本人含む)	氏 名	続柄	年齢	同居別居	職業	勤務先・学校名		健康状態(疾病・障害・要介護等)	
法定代理人※	フリガナ 氏 名				性別	男 女	生年 月 日	昭和 平成 年 月 日	
	住 所	〒 -			電話 番号	固定 携帯			
	職 業				申請者との関係				
	勤務先								
連帯保証人	フリガナ 氏 名				性別	男 女	生年 月 日	昭和 平成 年 月 日	
	住 所	〒 -			電話 番号	固定 携帯			
	職 業				申請者との関係				
	勤務先								

※ 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。