

自立支援資金貸付申請書

年 月 日

社会福祉法人福岡県社会福祉協議会 会長 様

申請者氏名

印

下記のとおり貸付けを受けたいので、関係書類を添えて申請します。
なお、貸付けを受けるに当たっては、貸付条件を遵守することを誓います。

1 申請者

ふりがな				
氏名	年 月 日 生		性別	男・女
本人住所	〒			
電話番号		携帯電話		
児童養護施設・里親等	施設等 または里親名			
	所在地	〒		
	電話番号			
	施設退所日または里親委託解除日	年 月 日 (退所・退所予定)		
児童相談所名				
進学・在学 する大学等	大学等名			
	所在地	〒		
	電話番号			
	入学	年 月 日 (第 学年在学中)		
	卒業見込	年 月 日		
勤務先	勤務先名			
	所在地	〒		
	電話番号			
	就職	年 月 日		

2 貸付希望

生活支援費 <u>注：進学者のみ</u>	貸付期間	年 月 日～ 年 月 日 合計 　　　　　 か月
	貸付希望額	月 50,000円× 　　　　　 か月
		総額 　　　　　　　　　 円
家賃支援費 ※賃貸借契約書の写し等、 <u>家賃額を証する書類を添付</u> してください。	家賃月額	円 ①
	住宅手当等 家賃補助額	円 ②
	差引①－②	円 ③※
	貸付期間	年 月 日～ 年 月 日 合計 　　　　　 か月
	貸付希望額	月額 　　　　　　　 円× 　　　　　 か月 ※貸付月額は、③又は32,000円のうち、いずれか少ない額
		総額 　　　　　　　　　 円
資格取得支援費	資格名	
	資格取得予定 年 月 日	年 月 日
	就職予定 年 月 日	年 月 日
	貸付希望額	円 (250,000円または当該資格取得に要する費用の実費のうち、 いずれか少ない額から特別加算費等を差し引いた額)
	資格取得等 特別加算費等	円

3 連帯保証人

ふりがな			性別	男 ・ 女
氏名	年 月 日 生			
自宅住所	〒			
電話番号		携帯電話		
勤務先	勤務先名			
	所在地	〒		
	電話番号			
月額所得（申請時）	円			
本人との関係				