

同意書

年 月 日

社会福祉法人
福岡県社会福祉協議会会長 様

親権者・法定代理人 氏 名
住 所
電 話
印

下記の者が、自立支援資金の貸付けを申請することに同意します。

ふりがな 氏 名	年 月 日生	性別	男・女
本人住所	〒		

備 考

戸籍抄本又は法定代理人を証する書類を添付してください。