

児童養護施設退所者等自立支援資金 貸付申請書【資格取得者用】

児童養護施設 又は里親等	施設(里親)名			
	住所		〒 ー	
	入所・委託(予定)期間		年 月 日 ~ 年 月 日	
申請者	フリガナ			
	氏名 (自筆記入)			
	退所後の住所 (予定)	〒 ー		
電話番号(自宅)				生年月日
電話番号(携帯)				年 月 日生(歳)
貸付希望金額 ① (②-③-④)		資格取得支援費 円 (上限250,000円)		
資格取得に要する費用 ②		円		
資格取得に要する費用内訳 (使途、金額)		(使途)	・ (金額)	円
			・	円
			・	円
資格取得等特別加算費(児童入所施設 措置費等国庫負担金)の額 ③		円		
資格取得にあたり、他の公的援助等を受 けている額 ④		円	助成団体名	
資 格 名				
資格取得先機関名				
資格取得予定日				
在 学 中 の 場 合	学校名・学部等			
	卒業(予定)年月日		年 月 日卒業(予定)	
取得後その資格を活用して就きたい職業				
他の借入申込み の有無	有 ・ 無	ある場合、資金名称		
	他の借入資金の主な使途			



生計を一にする世帯状況	氏名		続柄	生年月日	年齢	勤務先・学校名
	1		本人 (申請者)	年 月 日		
	2			年 月 日		
	3			年 月 日		
	4			年 月 日		
	5			年 月 日		

下記の留意並びに同意事項に同意のうえ、上記のとおり自立支援資金の貸付を受けたく申請します。

年 月 日 貸付申請者
(本人自筆)

印

連帯保証人	フリガナ		生年月日	年 月 日生 (歳)		
	氏名					
	住所	〒 -	申請者との関係			
			電話番号(自宅)			
			電話番号(携帯)			
	勤務先名称 自営業者は業種及び店舗名を記入				勤務年数	年
勤務先住所	〒 -	電話番号	前年度年収 (住民税納税額)	(万円 円)		

※当該申請に基づき自立支援資金の貸付が承認された場合、連帯保証人として債務を負うことになります。

■申請に当たっての留意並びに同意事項

1. 申請者は、この貸付申請書の記載事項が真実かつ正確であることを保証します。
2. 申請者は、本資金の関係法令及び佐賀県社会福祉協議会児童養護施設等退所者等自立支援金貸付事務規程に従います。
3. 申請者は、貸付申請書の記載事項および添付書類の真実確認を行うことに同意します。
4. 申請者は、貸付が決定した後申請者の状況に変化があった場合は、すぐに佐賀県社会福祉協議会に届け出します。
5. 申請者は、在学、就労、資格合否等、必要な情報を把握するため、佐賀県社会福祉協議会が申請者に報告を求めることに同意します。
6. 私及び私の世帯の者は、暴力団員ではありません。また、借入期間中においても暴力団員にはなりません。私は、貴社会福祉協議会が必要に応じ官公署等から私又は私の世帯員に係る暴力団員該当性情報の提供を求めることに同意します。〔暴力団とは、「暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律」(平成3年法律第77号)第2条第2号にあるとおり、「その団体の構成員(その団体の構成団体の構成員を含む。)が集団的に又は常習的に暴力的不法行為等を行うことを助長するおそれがある団体」を指します。〕
7. 審査の結果、「不承認」となった場合、不承認理由は確認いたしません。