

ひとり親家庭高等職業訓練促進資金貸付 申請書【入学準備金】

| | | | | | | | | |
|---|-------------------------|---------------------------------------|---------------------|----------|------------|------|---|--------------------------|
| 貸付申請者 | フリガナ | | | 生年月日 | 年 月 日生(歳) | | | |
| | 氏名 | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 — | | | | | | |
| | 電話番号(自宅) | | | 電話番号(携帯) | | | | |
| 支給を受けた高等職業訓練促進給付金の整理番号 | 第 号 ※支給決定通知書の写しを添付すること。 | | | | | | | |
| 養成機関及び 修業内容 | 養成機関名 | | | | | | | |
| | コース・学科 | | | 養成区分 | 昼間・夜間・通信 | | | |
| | 住所 | 〒 — | | | | | | |
| | 修学期間 | 年 月 日 ~ | | | 年 月 日(ヶ月) | | | |
| | 修業に係る資格 *該当するものに○印 | 看護師、准看護師、介護福祉士、保育士、理学療法士、作業療法士、その他() | | | | | | |
| | 資格試験受験予定 | 年 月 日 | | | | | | |
| 資格業務に従事したい理由・意気込みなど | | | | | | | | |
| 入学準備金の 貸付希望金額 *資金使用を <input checked="" type="checkbox"/> チェック | 資金使用の内訳 | <input type="checkbox"/> ① | 養成機関に支払う入学金 | | | | 円 | |
| | | <input type="checkbox"/> ② | 教材費等の納付金 | | | | 円 | |
| | | <input type="checkbox"/> ③ | 参考図書、学用品、入学準備に係る交通費 | | | | 円 | |
| | | <input type="checkbox"/> ④ | その他経費() | | | | 円 | |
| | 合 計 | | | | | | | 円 |
| | 申請額 | | | | | | | 円 (貸付申請限度額は 500,000円 です) |
| ※他の貸付申込がある場合は、右の欄に資金名、金額を必ず記入すること(申請中である場合も記入すること) | 有 ・ 無 | 資金名称 | | | | 主な用途 | | |
| | | 借入金額 | 円 | | | | | |
| | | 資金名称 | | | | 主な用途 | | |
| | | 借入金額 | 円 | | | | | |
| 現在既に就職している方は事業所名を記入してください | | | | | | | | |

※ハローワークで実施されている専門実践教育訓練給付金並びに自立支援教育訓練給付金を受給されている方は、本貸付(入学準備金)の利用はできません。

| | | | | | | |
|-------------|-----|----|-------------|-------|----|---------|
| 生計を一にする世帯状況 | No. | 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 | | |
| | 6 | | | 年 月 日 | | |
| | 7 | | | 年 月 日 | | |
| | 8 | | | 年 月 日 | | |
| | 9 | | | 年 月 日 | | |
| 10 | | | 年 月 日 | | | |

同意事項に同意のうえ、上記のとおり訓練資金の貸付けを受けたく申請します。

年 月 日 貸付申請者
(本人自筆)

印

法定代理人 I
(本人自筆)

印

法定代理人 II
(本人自筆)

印

| | | | | | | |
|-------------------|----------------------|-------|----------|------------|------|--|
| 連帯保証人 (予定者) | フリガナ 氏名 (本人自筆) | | 生年月日 | 年 月 日生(歳) | | |
| | 住所 | 〒 | 電話番号(自宅) | | | |
| | | | 電話番号(携帯) | | | |
| | | | 申請者との関係 | | 勤務年数 | |
| | 職業 | | 勤務先名称 | 電話() - | | |
| 前年の年収 (住民税納税額) | (万円 円) | 勤務先住所 | 〒 | - | | |

当該申込みに基づき訓練資金の貸付けが承認された場合、連帯保証人となることを承諾いたします。

社会福祉法人 佐賀県社会福祉協議会会長 様