

## 児童養護施設退所者等自立支援資金

### 同意書

年 月 日

社会福祉法人佐賀県社会福祉協議会 会長 様

法定代理人	住所	〒		
	フリガナ			本人との関係
	氏名 (本人自筆)	印		
	電話番号		携帯電話番号	
	住所	〒		
	フリガナ			本人との関係
	氏名 (本人自筆)	印		
	電話番号		携帯電話番号	
下記の者が、児童養護施設退所者等自立支援資金の貸付けを申請することに同意します。				
<p>備考</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 法定代理人が2人いる場合は、必ず2人とも記入ください。なお、法定代理人が1人の場合は、上段に記入ください。</li> <li>2. 法定代理人の署名は必ず自署としてください。</li> <li>3. 戸籍抄本又は法定代理人であることを証する書類を添付してください。</li> </ol>				

申請者	住所	
	フリガナ	
	氏名	