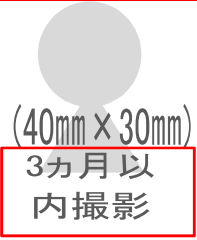


【記入例：就職者】

児童養護施設退所者等自立支援資金 貸付申請書

児童養護施設 又は里親等	施設(里親)名	〇〇園、鬼丸 一 ← 養護施設の場合は施設名を、里親の場合は里親名を記入ください。			
	住所	〒×××-×××× 佐賀県佐賀市西南町〇丁目〇番〇号			
	入所・委託(予定)期間	H25年 7月 から H29年 3月まで			
申請者	フリガナ	サガ タロウ		H 2 年 2 月 撮 影	
	氏名 (自筆記入)	佐賀 太郎			
	退所後の住所	〒×××-×××× 〇〇県〇〇市〇〇町〇番〇号			
電話番号(自宅)	〇〇〇〇-△△-□□□□	生年月日	昭和・平成 10年 8月 19日生(18歳)		
電話番号(携帯)	090-△△△△-□□□□	昭和・平成			
現在他に受けている奨学金等(有の場合は、その名称・金額を記入すること)		現在他に受けている奨学金等 (有・無)			
		奨学金等名称			
		決定額 円 資金条件 貸付・給付			
年間収支計画 ※進学者のみ 記入してください。	収入見込・計画(年額)		支出見込・計画(年額)		収支差額 (A) - (B)  円
	本資金	円	学費	円	
	その他奨学金	円	家賃	円	
	他から援助金	円	生活費	円	
	アルバイト	円	その他( )	円	
計(A)	円	計(B)	円		
申請希望の区分に チェックをしてください	<input checked="" type="checkbox"/> 就職者	貸付希望金額および期間	① 1箇月あたりの家賃額 40,000円 ② 就業先からの住宅手当額または他からの支援額 10,000円 ③ 家賃支援費 (月額 30,000円) (③ ≤ ① - ②) 平成29年4月から平成31年3月まで (24箇月分) 計 720,000円		
		就業先名	〇〇〇〇株式会社		
		就業先住所	〇〇県〇〇市〇丁目〇番〇号		
		就業開始日	平成29年4月1日		
<input type="checkbox"/> 進学者	貸付希望金額および期間	① 1箇月あたりの家賃額 円			
		② 他から援助を受けている額 円			
		③ 家賃支援費 (月額 円) (③ ≤ ① - ②) 平成 年 月 から平成 年 月 まで ( 箇月分) 計 円			
	生活支援費(月額 円) 平成 年 月 から平成 年 月 まで 計 円 ( 箇月分)				
	大学等名称	コース・学科			
	大学等住所				
入学・卒業 予定年月日	平成 年 月 日入学～平成 年 月 日卒業予定( ヶ月)				
卒業後の 就業希望先					

写真を貼付すること。



携帯電話等、平日の日中に確実に連絡のつく番号を記入ください。

申請希望の区分にチェックをしてください	資格取得を希望する場合 は記入ください。	貸付希望金額① (②-③-④)	資格取得支援費	250,000円 (上限250,000円)			
		資格取得に要する費用②	319,800円				
		資格取得に要する費用内訳 (内容、金額)	教習料金	300,000円	円		
			教習所申請手数料	16,000円	円		
		運転免許試験手数料	3,800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	55,000円					
	資格取得にあたり、他の 公的援助等を受けている額④		助成団体名				
	資格名	普通自動車第一種運転免許					
	実施機関名	〇〇〇〇自動車学校、〇〇県運転免許試験場					
	資格取得予定日	平成29年3月21日					
取得後その資格を活用して 就きたい職業	営業職						
高校・大学 在学中の場合	学校名・学部等	〇〇〇〇高等学校					
	所在地	〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇号					
	入学・卒業(予定)年月日	平成26年4月3日入学～平成29年3月18日卒業予定(36ヶ月)					
他の貸付の申込みの有無	有・ <b>無</b>	ある場合、資金名称					
	他の借入資金の主な用途						
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	佐賀 太郎	本人(申請者)	H10年8月19日	18	〇〇〇〇高等学校	
	2			年 月 日			
	3			年 月 日			
	4			年 月 日			
	5			年 月 日			

必ず本人自筆で記入し押印してください。

別紙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。

平成29年〇月〇日 貸付申請者

(本人自筆) 佐賀 太郎 実印

連帯保証人	フリガナ 氏名	サガ ハナコ 佐賀 花子	生年月日	S48年 11月 28日生(43歳)		
	住所	〒×××-×××× 〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番〇号	申請者との関係	母		
			電話番号(自宅)	〇〇〇〇-△△-□□□□		
			電話番号(携帯)	090-△△△△-□□□□		
	勤務先名称 自営業者は業種 及び店舗名を記入	株式会社 〇〇〇〇	連帯保証人の課税証明書(申請書に添付)に 記載されている金額を記入してください。		勤務年数	8年
勤務先住所	〒×××-×××× 佐賀県佐賀市南北町〇丁目〇番〇号	電話番号	〇〇〇〇-△△-□□□□	前年度年収 (住民税納税額)	180万円 (〇〇〇〇円)	

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、連帯保証人となることを承諾いたします。

必ず本人自筆で記入し押印してください。

平成29年〇月〇日 連帯保証人

(本人自筆) 佐賀 花子 実印

社会福祉法人 佐賀県社会福祉協議会会長 様