

神奈川県児童養護施設退所者等自立支援資金貸付申請書

年 月 日

社会福祉法人 神奈川県社会福祉協議会会長 様

児童養護施設退所者等自立支援資金の貸付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

貸付希望種類	<input type="checkbox"/> 生活支援費	※借受人番号	
	<input type="checkbox"/> 家賃支援費 <input type="checkbox"/> 資格取得支援費	※申請年月日	年 月 日
施設・児相	名称		
	所在地等	〒 -	
	電話番号		
	退所(予定)年月日	年 月 日	
フリガナ氏名	〒 -	生年月日	年 月 日 ( 歳)
現住所	〒 -		
	自宅 ( ) - 携帯 ( ) -		
借用希望期間・金額	年 月 日から 年 月 日まで( ヶ月) ※進学者は大学等在学期間のみ、就職者は退所後2年が限度 ※医療費追加分は貸付期間のうち2年間まで		
	①生活支援費	円 (内訳: 月額 円 × ヶ月)	
	医療費追加分	円 (内訳: 月額 円 × ヶ月)	
	生活支援費 + 医療費追加分 = 円		
	②家賃支援費	円 (内訳: 月額 円 × ヶ月)	
	③資格取得支援費(25万円以内)	円	
借入総額		(①+②+③) 円	
退所後の進学先(学部等)・就職先	名称		
	所在地	〒 -	
	入学(就職)年月日等	年 月 日 (卒業予定 年 月 日)	
医療費追加分	受診科目	(例: 内科、眼科)	
	受診期間(見込)	初診	年 月 日
		再診終了	年 月 日 ・ 見込なし
受診頻度	年 回		
取得希望資格とそれを活用して就きたい職業及び理由			

連帯保証人

社会福祉法人 神奈川県社会福祉協議会会長 様

私は、上記の者が神奈川県児童養護施設退所者等自立支援資金貸付制度により貸し付けを受ける自立支援資金に関する事項を相互に遵守し、これに反した際の自立支援資金の返還の債務について、連帯して保証します。

フリガナ氏名	〒 -	生年月日	年 月 日 ( 歳)
申請者との関係	扶養家族		人
現住所	〒 -		
勤務先名称	連絡先 ( ) -		
勤務先住所	〒 -		
勤続年数	年	年収	円

- ・左記のとおり、自立支援資金を借り入れたく申し込みます。
- ・貸付後は、神奈川県社会福祉協議会及び施設等による継続的な相談支援を受け、早期自立に努めます。記入した個人情報については、本制度に必要な範囲で、第三者に提供することに同意します。私及び私の世帯は、暴力団ではありません。また、借入期間中においても暴力団にはなりません。私は貴社会福祉協議会が必要に応じて官公所から私及び私の世帯員に係る暴力団該当性情報の提供をうけることに同意します。
- ・暴力団とは「暴力団により不当な行為の防止等に係る法律」(平成3年法律第77号)第2条第2項にあるとおり、「その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。

年 月 日

借入申込者

印

先の借入に対して、連帯しての債務を負います。

年 月 日

連帯保証人

印