

進学者用記載例 20歳で退所

退所日の翌日以降の各期の申請受付期間内の日付を記入

自立支援資金貸付申請書

楷書でていねいに記入して下さい。

(申請日) 平成**29**年 月 日

社会福祉法人 茨城県社会福祉協議会長 様

私は、社会福祉法人茨城県社会福祉協議会児童養護施設退所者等自立支援資金貸付規程に基づき、自立支援資金の貸付けを受けたいので、関係書類を添えて申請します。

		※貸付番号及び貸付開始年月 (社協記入欄)	
【申請者記入欄】		年 月	
入所施設又は委託先	(名称) ●●● 学園 (所在地) 水戸市千波町 ○○○○	住民票記載のとおり記入	
(フリガナ) 申請者氏名	シャカイ ハナコ 社会 花子	認印 ⑤	性別 男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女
生年月日	平成 9 年 3 月 23 日	年齢	20 歳
申請者住所	〒 310-8586 水戸市千波町 ○○ 電話番号 ○○○ (○○○) ○○○○		
退所日(解除日)	平成 29 年 3 月 23 日	アパート名等も記入して下さい。	
退所又は委託解除後の状況	<input type="checkbox"/> 就職〔勤務先: <input checked="" type="checkbox"/> 進学〔学校名: ○× 大学 未来学部 創造学科 ○○ コース 入学〕		
勤務先又は大学等の住所	〒 310-0△△△ 水戸市 ○○ 町△△△番地 ○ 電話番号 ○○○ (○○○) ○○○○		
就職後又は進学後の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 同上 ※申請時の住所と同一の場合は「同上」に <input checked="" type="checkbox"/> 〒 - 電話番号 ()		
資格取得者	養成機関	(名称) (所在地) 〒	
	取得期間	平成 年 月 月 日まで (予定)	
就職・進学期間	平成 28 年 4 月 か 平成 32 年 3 月 まで (48 箇月)		
借用期間	平成 29 年 4 月 から平成 32 年 3 月 まで (36 箇月)		
①生活支援費 月額 50,000 円× 36 箇月分 = (1,800,000 円) (月額50,000円以内) ②家賃支援費 月額 34,000 円× 36 箇月分 = (1,224,000 円) ※家賃額は募集要項の家賃支援費欄参照 ③資格取得支援費 (実費250,000円以内) () 円 ④取得を希望する資格名 ()			
総額 (①+②+③)		3,024,000 円	

貸し付けを受けた期間の2倍以内の期間を記入

借用中の場合は、それを証明できる書類を添付して下さい。
【例】奨学生証のコピー

返還時期	平成 32 年 4 月 から 平成 38 年 3 月まで						
返還方法	<input type="checkbox"/> 月賦 ・ <input type="checkbox"/> 半年賦 ・ <input type="checkbox"/> 一括						
他の給付・貸付、修学資金等申請借用状況	<input type="checkbox"/> 申請中 ※申請中又は借用中の場合、修学資金の名称 <input checked="" type="checkbox"/> 借用中 日本学生支援機構 <input type="checkbox"/> なし						
申請者の履歴等	年号	年	月	学歴・職歴・免許など種類別にまとめて書くこと。			
				学歴			
	平成	28	3	<input type="checkbox"/> 高等学校卒業			
	平成	28	4	<input checked="" type="checkbox"/> 大学 未来学部 創造学科 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> コース 入学			
				職歴			
			なし				
	書ききれない場合は別紙(便せんなど)に記入		直近の課税証明書の課税額を記載して下さい。				
申請者の家族の状況	続柄	氏名	年齢	同居・別居	住所	勤務先・学校等	平成 課税額
	本人	社会 花子	20	同居	水戸市千波町〇〇	〇×大学未来学部創造学科〇〇コース	0円
	母	社会 母江	51	別居	水戸市笠原町〇〇	不明	不明
	弟	社会 弟男	16	別居	水戸市笠原町〇〇	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 高等学校	0円
							円
	実親がいる限り、分かる範囲でよいので記入						

【連帯保証人記入欄】 上記の申請に対し、奨学金の債務を負担する。また、私は記入した。連帯保証人が立てられない場合は、空欄で構いません。(申請者が20歳以上の場合は児童養護施設等の職員の方も連帯保証人になれます。)

連帯保証人	フリガナ		実印		男・女	申請者との関係	
	氏名						
保	生年月日	昭和・平成	年	月	日	年齢	歳
	住所	〒 - 電話番号 ()					
証	勤務先等	名称					
		所在地	〒 - 電話番号 ()				
年収(税込額)		円	雇用形態	<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> その他			