

自立支援資金貸付申請書  
(資格取得支援費)

令和 年 月 日

社会福祉法人  
福岡県社会福祉協議会会長 様

申請者氏名 印

下記のとおり貸付けを受けたいので、関係書類を添えて申請します。  
なお、貸付けを受けるに当たっては、貸付条件を遵守することを誓います。

ふりがな 氏 名	年 月 日生		性別	男・女
本人住所	〒 電話 ( ) - 携帯 ( ) - ※連絡の取れる電話番号を記入すること。			
児童養護 施設等	施設等名			
	所在地	〒 電話 ( ) -		
	施設等退所日	年 月 日 (進学者の場合のみ記入)		
児童相談所名				
在学する大学等	大学等名			
	学部・学科名			
	所在地	〒 電話 ( ) -		
	入学年月日	年 月 日 (第 学年在学中)		
資格名等	資格名等			
	資格取得予定年月日	年 月 日		
	就職予定年月日	年 月 日		

貸付希望額		円 (250,000円以内)		
連 帯 保 証 人	ふりがな 氏 名	年 月 日生	性別	男・女
	自宅住所	〒 電話 ( ) -		
	勤務先名			
	勤 務 先 所 在 地	〒 電話 ( ) -		
	本人との関係			