

ひとり親家庭職業訓練資金貸付申請書

貸付申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日生(歳)(西暦)				
	氏名								
	郵便番号	フリガナ							
		住所							
電話番号(自宅)					電話番号(携帯)				
貸付申請者の履歴		学 歴			職 歴				
		年 月 中学校卒			年 月～ 年 月				
		年 月			年 月～ 年 月				
		年 月			年 月～ 年 月				
養成機関および修業内容		養成機関名							
		コース・学科		コース 科	養成区分		昼間・夜間・通信		
		住所							
		修学期間		年 月 日 ～		年 月 日(ヶ月)			
		修業に係る資格 *該当するものに ○印		看護師、准看護師、介護福祉士、保育士、 理学療法士、作業療法士、その他()					
訓練資金の貸付希望金額		<input type="checkbox"/> 入学準備金		円					
		所要費用の内訳	入学料		円				
			受講料		円				
*貸付を希望する準備金にチェック		その他							
		<input type="checkbox"/> 就職準備金		円					
		所要費用の内訳			円				
			円						
他の貸付の申込みの有無		有 ・ 無		ある場合、資金名称					
卒業後の就職希望先									

生計を一にする世帯状況	氏名	続柄	職業	健康状態	生年月日	年齢	勤務先・学校名
	1 (申請者)				年 月 日		
	2				年 月 日		
	3				年 月 日		
	4				年 月 日		
	5				年 月 日		
	6				年 月 日		

同意事項(裏面記載)に同意のうえ、上記のとおり訓練資金の貸付を受けたく申請します。

年 月 日 貸付申請者

(本人自筆)

印

連帯保証人	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日生(歳)(西暦)		
	住所	〒 -		申請者との 関係	世帯員数	
				電話番号		
	職業		勤務先名称	TEL() -		
前年度年収 (住民税納税額)	(万円 円)	勤務先住所	〒 -			

当該申込みに基づき訓練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。

年 月 日 連帯保証人

(本人自筆)

印

社会福祉法人 福井県社会福祉協議会会長 様

■申請に当たっての留意ならびに同意事項

1. 申請者は、この貸付申請書の記載事項が真実かつ正確であることを保証します。
2. 申請者は、本資金の関係法令および要綱等に従います。
3. 申請者は、貸付申請書の記載事項および添付書類の真実確認を行うことに同意します。
4. 申請者は、貸付が決定した後、申請者の状況に変化があった場合は、すぐに福井県社会福祉協議会に届け出します。
5. 申請者は、在学、就労、資格合否等、必要な情報を把握するため、福井県社会福祉協議会が申請者に報告を求めることに同意します。

■申請書に添付する書類

1. 高等職業訓練促進給付金の支給決定通知書の写し
2. ひとり親家庭職業訓練促進資金貸付における個人情報の取扱同意書(様式第2号)
3. 世帯全員の記載のある住民票
4. 入学準備金の申請にあたっては、養成機関に在学していることを証明する書類(在学証明書等)
5. 就職準備金の申請にあたっては、養成機関の課程を修了したことを証明する書類(修了証書等の写し)および、取得した資格を証明する書類(資格登録証の写し等)