

# 児童養護施設入所者自立支援資金 親権者等同意書

年 月 日

社会福祉法人 福井県社会福祉協議会会長 様

親権者等住所  
〒 -

TEL ( ) -

親権者等氏名

(下記の者との関係

印  
)

次の者が児童養護施設入所者自立支援資金の貸付を受けることについて同意します。

フリガナ	
氏 名	
生年月日	年 月 日 ( 歳)
貸付資金	<input type="checkbox"/> 生活支援費 <input type="checkbox"/> 家賃支援費 <input type="checkbox"/> 資格取得支援費
備 考	