

児童養護施設退所者等自立支援資金貸付申請書

年 月 日

社会福祉法人三重県社会福祉協議会会長 様

※ 借受人は必ず自筆署名してください。

フリガナ			性別	
氏名			別	
生年月日	年 月 日 (歳)			
現住所	〒 -			
電話番号	自宅() - 携帯 - -			
退所又は委託 解除後の状況	<input type="checkbox"/> 進学[進学先名:] <input type="checkbox"/> 就職[勤務先名:]			
	進学先又は勤務先 の住所・電話番号	〒 - 電話() -		
	入学日・就業開始日	年 月 日		
借入希望額	<input type="checkbox"/> 生活支援費 [内訳: 月額 円× ヶ月 = 円] 年 月分から 年 月分まで ※1と3			
	<input type="checkbox"/> 家賃支援費 [内訳: 月額 円× ヶ月 = 円] <small>※家賃支援費の上限は生活保護制度の住宅扶助額(単身世帯)となります</small> 年 月分から 年 月分まで ※2と4			
	<input type="checkbox"/> 資格取得支援費 _____ 円(上限額25万円) [内訳] ・() 円・() 円			
資格取得支 援費申請者 記入欄	取得希望資格			
	取得校等の名称			
	取得に要する期間	年 月 から 年 月(予定)		
	資格取得等特別加算 費受給の有無	<input type="checkbox"/> 有(支給額 _____ 円)※認定通知の写しを添付 <input type="checkbox"/> 無		
他の資金等 貸付の有無	<input type="checkbox"/> 有 名称: _____ 借入額: _____ 円 <input type="checkbox"/> 無			

※1 入学から卒業(予定)までの期間を記入する。

※2 進学者は、正規の修学期間とし、就職者は、24ヶ月を上限とする期間を記入する。

※3 新型コロナウイルスの影響を受ける就職者は、生活支援費の月額上限8万円、期間は最長12か月間

※4 新型コロナウイルスの影響を受ける就職者は、家賃支援費の期間は最長3年間

◎裏面も必ずご確認ください

児童養護施設退所者等自立支援資金貸付意見書

年 月 日

社会福祉法人三重県社会福祉協議会会長 様

児童養護施設等又は児童相談所
〒 -

電話番号() -
施設名・施設長名または児童相談所名・所長名

_____ (担当者名) 公印

次の者が自立支援資金の貸付を受けることについての意見は下記のとおりです。

氏名	
生年月日	年 月 日(歳)
貸付金種別	※該当する支援費に☑をつけて下さい。 <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
退所・解除等期日 (予定を含む)	年 月 日
貸付に対する 所見・推薦理由	【入所、委託の経緯等】 【人物像・自立に向けた意思と貸付けを受ける必要性】 【退所・解除後の貴施設、貴相談所の支援について】
連帯保証人を立てられない理由	
保護者等からの 支援に対する意見	※親権者等法定代理人の状況、申請者との関係、第3号様式を提出できない場合はその理由も含めてご記入ください

児童養護施設退所者等自立支援資金貸付親権者等同意書
※申請時に申請者が未成年者の場合のみ必要

年 月 日

社会福祉法人三重県社会福祉協議会会長 様

親権者等住所

〒 -

電話番号() -

親権者等氏名

次の者が自立支援資金の貸付を受けることについて同意します。

氏名	
生年月日	年 月 日(歳)
貸付金種別	※該当する資金に☑をつけて下さい。 <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
退所日等期日 (予定を含む)	年 月 日
貸付申請にあたっての 意見等	

※未成年者の申請で、本様式を提出できない場合は、第2号様式の最下欄「保護者等からの支援に対する意見」に提出できない理由と併せて“第3号様式の提出不可”をご記入ください。

第4号様式(第7関係)2023.03

児童養護施設退所者等自立支援資金貸付における個人情報の取扱同意書

1 利用目的

社会福祉法人三重県社会福祉協議会 児童養護施設退所者等に対する自立支援貸付事業(以下、「本事業」という)の円滑な実施のため、貸付・猶予・償還の状況について正確に把握することを目的とします。

2 取得について

本事業の貸付に際して、必要な情報のみを、適法かつ適正な方法により取得するものとします。

3 利用について

個人情報は、利用目的の範囲内で本事業担当者が取扱います。ただし、事業の目的を達成するために必要な範囲において、下記の関係機関等の第三者に対して個人情報を提供し、第三者から個人情報を取得し、また、第三者との間で個人情報を共有することがあります。

①貸付審査等運営委員会 ②三重県 ③児童相談所 ④児童養護施設等 ⑤里親等 ⑥貸付けを受けた者が進学した専門学校、大学等 ⑦貸付を受けた者が貸付金の返還債務の免除を受けるまで又は貸付金の返還が終了するまでに従事した業務従事先 ⑦医療機関 ⑧資格取得対策等関係機関等 ⑨公共職業安定所 ⑩就労支援機関 ⑪社会福祉協議会 ⑫都道府県・市区町村行政等の機関 ⑬各種金融機関 ⑭その他の関係機関

4 本事業目的以外への利用および第三者への提供について

取得した個人情報は、本人の同意なく、目的以外への利用、および上記「3 利用について」において示した外部の提供を除き、第三者へ提供することは致しません。ただし、下記の場合には、同意を得ることなく、目的以外の利用、第三者への提供をすることがあります。

- ・弁護士法に基づいた弁護士による照会に回答する場合
- ・火災・災害など緊急時で、人の生命・身体、財産の保護のために必要がある場合
- ・税務署からの照会、警察・検察からの捜査協力依頼、生活福祉資金貸付に係る他の都道府県社会福祉協議会からの照会などで、本人に知らせることでその事務に支障を及ぼすおそれがある場合

5 管理について

取得した個人情報は、書面及びシステムで管理・利用し、漏えい・き損のないように努めます。システムの保守を委託している業者とは、個人情報の保護について定めた条項を含む契約を締結しています。

6 本人への開示について

本事業で管理している個人情報については、貸付時の借受人と債務関係者に対して、本人確認をしたうえで開示します。ただし、開示によって本人又は第三者の権利・利益を害するおそれがある場合や、本会事業の適正な実施に著しい支障を及ぼすおそれがある場合等には開示しません。

三重県社会福祉協議会 会長 様

私は、上記個人情報の取扱いについて同意します。

私が、暴力団員(暴力団員でなくなった日から5年を経過しない者を含む)に該当しないことを宣言します。

<借受人> _____ 年 月 日

住所 _____

氏名 _____ (_____ 年 月 日生)

<連帯保証人> _____ 年 月 日

住所 _____

氏名 _____ (_____ 年 月 日生)

※ 借受人、連帯保証人各々について、必ず自筆署名し、その期日を記載してください。

児童養護施設退所者等自立支援資金貸付誓約書

年 月 日

社会福祉法人三重県社会福祉協議会会長 様

○社会福祉法人三重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実施要綱に定める趣旨に従い、関係施設、機関等による相談・就労支援等により、経済的及び社会的な自立を図り、安定した生活を継続できるよう努めます。

○本貸付利用にあたって必要な書類は期日までに必ず提出いたします。

○自立支援資金の返還債務が生じたときは、自立支援資金返還明細書を作成し、借り受けた自立支援資金を期限までに返還致します。

上記全てにつきまして、誓約いたします。

フリガナ		性別	
氏名			
生年月日	年 月 日(歳)		
住所	〒 -		
電話番号	自宅() - 携帯 - -		

令和 年 月 日

収入の減少状況に関する申立書

三重県社会福祉協議会 会長 様

私が申込みをしました児童養護施設退所者等自立支援の貸付金について、新型コロナウイルス感染症の影響による収入の減少状況については、以下のとおりであることを申告いたします。

勤務先名称または職業	
勤務先所在地	〒 - TEL ()
減少前の収入	令和__年__月時の月額所得(手取り)は、約__万円でした。
減少後の収入	令和__年__月時の月額所得(手取り)は、約__万円でした。
減少の理由	

(借入申込者) 住 所 _____

氏 名 _____

携帯 TEL _____

※収入が減少したことが確認できる書類(給与明細、給与振込口座の通帳コピー等)を添付してください。

令和 年 月 日

医療費追加申請書

三重県社会福祉協議会 会長 様

私が申込みをしました児童養護施設退所者等自立支援資金について、下記のとおり、生活支援費に医療費を追加申請いたします。

受診日	医療機関名	受診料(円)	薬局名	薬代(円)
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				

※欄が不足する場合は、上記の4項目を裏面にご記入ください。

(借入申込者) 住 所 _____

氏 名 _____

携帯 TEL _____

※受診料、薬代ともに領収証のコピーを必ず添付してください。

※申請月の翌月の生活支援費と併せて送金いたします。送金時期のご希望がありましたらご連絡ください。