第1号様式（障）

**貸　付　申　請　書**

西暦　　　　年　　月　　日

社会福祉法人大分県社会福祉協議会会長　様

私は、社会福祉法人大分県社会福祉協議会　障害福祉分野就職支援金貸付事業実施要綱に基づき、

障害福祉分野就職支援金の貸付を受けたいので関係書類を添えて申請します。

《 (注) 貸付申請者が自筆で記入し押印してください。 》

|  |  |
| --- | --- |
| **フリガナ** |  |
| **氏　　名** | ㊞ |
| **生年月日** | 西暦　 　　 　 年　　 　 月　 　　日 生 　（満　　　歳） |
| **住　　所** | 〒　　　-    固定電話:　　 　-　　　- 　　　　　　　 携帯電話: 　　　-　　　- |
| **職　　歴**  ☑を入れてください | □障害福祉職員として障害福祉職員業務※に従事したことはありません。  　・前職の勤務先 ：  　　(社名・店名)  　・職種・業務内容：  　・前職の退職日　：　(西暦)　　　　　年　　　月　　　日 |
| **借入履歴**  ☑を入れてください | □これまでに以下の借入及び給付を受けたことはありません。  （他の都道府県で実施しているものを含む。）  　 ・介護福祉士修学資金　　　　　　　　　　　・離職介護人材再就職準備金  ・社会福祉士修学資金　　　　　　　　　　　・介護分野就職支援金  　 ・福祉系高校修学資金　　　　　　　　　　　・障害福祉分野就職支援金  ・介護福祉士実務者研修受講資金　　　　　　・その他、目的の同じ貸付や給付 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **借入希望金額** | 金　　　　 　　　　 円 | （ 200,000円以内、千円未満切捨て ） |

《 (注) 連帯保証人予定者の各項目は全て貸付申請者が自筆で記入してください。押印は不要です。》

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **連帯保証人 予定者** | **フリガナ** |  | **続柄** |  |
| **氏　　名** |  |
| **生年月日** | 西暦　　 　 　年　 　　月　　　 日 生　 (満　　　歳) | | |
| **住　　所** | 〒　　　-  固定電話:　　　-　　　- 　　　　　　　 携帯電話:　　　-　　　- | | |
| **勤務先名** |  | | |
| **勤務先住所** | 〒　　　-  電話：　 　　（　　　　） | | |

　　 【 確認事項 】

　 1.大分県社会福祉協議会による所定の審査の結果によっては、ご希望に添えない場合があります。

2.貸付審査の必要に応じ、ヒアリング等を実施するほか、追加資料を求める場合があります。

　　　 　 3.ご提出いただいた申請書等の書類はご返却いたしませんのでご了承ください。

但し、貸付不承認になった場合は、申請書等の書類はご返却いたします。