

年 月 日

公益財団法人  
徳島県母子寡婦福祉連合会会長 殿

私は、公益財団法人徳島県母子寡婦福祉連合会ひとり親家庭高等職業訓練促進資金貸付事業実施要綱第5条の規定により、訓練促進資金の貸付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

①貸付申請者氏名	フリガナ -----				生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)
②現住所	( 〒                      )					電話 (            )            - 携帯 (            )            -
③家族住所	( 〒                      )  ※家族住所は、本人が家族と別居している場合のみ記入すること。					電話 (            )            - 携帯 (            )            -
④現在他に受けている給付金・貸付金	有                      (名称 :                      )                      / 金額                      円) 無  ※住居確保給付金等家賃に関するものを記載ください。					
⑤貸付希望金額	住宅支援資金                      円 ×                      か月 =                      円 (上限は 70,000 円 × 12 か月 = 840,000 円です。)					
⑥自立支援プログラム策定日	令和                      年                      月                      日					
⑦現在の職業 (どちらかに チェック)	<input type="checkbox"/> 就職活動中 <input type="checkbox"/> 在職中 (雇用形態 :                      )                      / 月収                      円)					
⑧生計を一つにする家族状況 (申請者も含む)	氏            名	続柄	年齢	同居・別居	勤務先・学校名	
		申請者				

上記の貸付申請に対し、同意します。  
(※法定代理人が存在する場合のみ以下に記入すること。)

年 月 日

法定代理人  
住所  
氏名