

【様式1】資格等取得 / 児童養護施設・母子生活支援施設・自立援助ホーム

社会福祉法人 全国社会福祉協議会  
事務局長 殿

申請日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

申請元	施設種別 (番号に○)	1. 児童養護施設      2. 母子生活支援施設      3. 自立援助ホーム		
	施設名			
	フリガナ			
	施設長名	印		
	住所	〒		
	電話番号		FAX 番号	
	メールアドレス			
	フリガナ			
	担当者名			

令和5年度「社会人一年生スタート応援成」申請書

標記について、下記により助成を申請いたします。

対象児童	フリガナ		生年月	平成	年	月生		
	児童名		当該児童の 本事業助成実績 (番号に○)	1. 無      2. 有 ※「2. 有」の場合は申請できません。				
入所状況	状況 (令和5年10月1日現在/番号に○)	1. 入所      2. 退所						
	退所時期	年	月	入所期間	年		か月	
資格等	取得資格等 (番号に○)	1. 普通自動車運転免許 2. 各種資格 (資格名を記入) [                                      ]						
	資格取得に必要な 学校等の名称	※運転免許の場合は教習所名						
	受講開始	令和	年	月	取得(目標) 時期	令和	年	月
	助成申請額	円      ※上限 180,000 円						
就職予定	就職先名							
	就職時期	令和	年	月	就職先分野	※例：サービス業、運輸業、福祉 など		
振込先口座	銀行名	銀行			支店名	支店		
	口座種類 (番号に○)	1. 普通      2. 当座			口座番号			
	フリガナ							
	口座名義	※施設の口座とすること (児童本人の口座は原則不可)      ※代表者名等まで正確かつ明瞭に記入						