【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 (番号に〇)	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６年度「社会人一年生スタート応援助成」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 (番号に〇)	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６年10月１日現在／番号に〇)	1. 入所　2. 退所		
	退所時期	年　　月 ※入所中の場合は予定を記入	入所期間	年　　か月 ※入所中の場合は退所見込までの期間を記入
資格等	取得資格等 (番号に〇)	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	□未定※就職先確定後ご連絡ください。		
	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 (番号に〇)	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		