

生活支援費貸付変更申請書			
フリガナ		生年月日	年 月 日（ 歳）
氏 名			
現 住 所	〒 _____ 連絡先() - 携帯電話 - -		
進 学 先	学 校 名		
	所 在 地	〒 _____	
	在学(予定)期 間	年 月 日～ 年 月 日	
変 更 前 の 貸 付 額	円/月		
変 更 後 の 貸 付 申 請 内 容	変 更 希 望 期 間	年 月～ 年 月（ か月分）	
貸付希望期間の上限は2年間とする。	申 請 額	円/月	
<p>上記のとおり生活支援費貸付の申請額を変更したいので申請します。 なお、貸付決定を受けた後は児童養護施設退所者等に対する自立支援資金貸付事業運営要領に則り、群馬県社会福祉協議会の指示に従って必要な報告及び届出等を行います。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請人 氏 名 ⑩</p> <p style="text-align: center;">（申請人が未成年者の場合）</p> <p style="text-align: center;">〒 _____ 法定代理人 住 所</p> <p style="text-align: right;">連絡先 () -</p> <p style="text-align: center;">フリガナ 氏 名 ⑩</p> <p style="text-align: center;">〒 _____ 法定代理人 住 所</p> <p style="text-align: right;">連絡先 () -</p> <p style="text-align: center;">フリガナ 氏 名 ⑩</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">社会福祉法人 群馬県社会福祉協議会長 様</p>			

(裏面)

表面記載の申請人が貸付けを受ける家賃支援費の返還債務については、本人と連帯して履行することを保証します。

年 月 日

群馬県社会福祉協議会長 様

連帯保証人	住所	〒		
		連絡先	()	—
		携帯電話	—	—
	フリガナ			
	氏名	Ⓜ	生年月日	年 月 日
	職業		本人との続柄	
	勤務先	名称		
所在地		〒		
連絡先		()	—	

※添付書類

医療機関の定期的な受診が明らかになる書類（医師による診断書等）