

公益財団法人稲盛福祉財団

児童養護施設退所者等に対する生活自立支援金給付事業 2024 年度募集要項

(事業目的)

京都府内に所在する児童養護施設または里親のもとから退所し自立する児童に対し、新たな生活が順調に形成されるよう支援するため、児童養護施設退所者等に対する生活自立支援金を支給いたします。

(応募資格)

以下のすべてに該当する者

- 1 2024 年 3 月に中学校または高等学校を卒業し、施設等を退所する見込みの者および措置延長中の児童で 2024 年度中（2024 年 4 月 1 日～2025 年 3 月 31 日）に退所見込みの者
- 2 就職又は専門学校、短期大学、大学へ進学する予定の者
- 3 施設等を退所し、自立して生活を営む予定の者
- 4 その他、実施要綱の対象者の内容を満たす者

(支給金額及び支給期間)

支給金額は、月額 3 万円とします。

支給期間は高校卒業により退所した者には原則として 2024 年 4 月から 2026 年 3 月までの 2 年間、中学卒業により退所した者には 2024 年 4 月から 2027 年 3 月までの 3 年間。なお 3 年制以上の大学、専門学校等への進学者については、所定就学期間 6 年間を限度に支給期間を卒業まで延長します。

また、措置延長中の者については、施設退所の月より支給を開始します。

(支給方法)

支援金の支給は、毎月 1 回とし、退所した施設または送金にて直接本人が受け取るものとします。施設での受け取りの方は施設担当職員に、送金にて受け取りの方は財団宛に近況報告を行うものとします。

(応募書類)

施設長、里親を通じて所定の支給申込書（様式 1）、自己紹介票（様式 2）、生活自立支援金支給開始申請書（様式 3）を提出するものといたします。

なお、生活自立支援金支給開始申請書（様式 3）については、就職採用または入学を証明する書類を添付し、必ず退所後の住所・就職先等ご記入の上、提出して下さい。就職先や新住居の決定が遅延のため締切りまでに提出できない者、また措置延長中で今年度退所予定の者は、後日、退所期日および住居が決定次第提出するものといたします。

(応募期間)

2024 年 2 月 1 日～2024 年 2 月 16 日**必着・締切厳守**とし、郵送での受付と致します。ご持参での受付は致しません。書類不備等の場合、こちらから確認のご連絡を致しますので、ご対応いただきますようお願い致します。里親宅からの自立予定の方は、児童相談所 担当者の連絡先をお知らせください。

募集は年 1 回ですので、特に措置延長中の児童で 2024 年度中に退所する見込みの受給希望者は必ずご応募ください。

(審査)

感染症予防の観点から本年度は書類選考のみの実施となります。

審査にあたって確認事項があった場合、必要に応じて施設担当職員または児童相談所 ご担当者へご連絡させていただきますのでご対応をお願いいたします。

審査結果は 3 月下旬に各施設を通じて本人にお知らせいたします。

(応募書類送付先・お問合せ先)

公益財団法人 稲盛福祉財団

〒600-8009 京都市下京区四条通室町東入函谷鉾町 8 8 番地

TEL075-213-7611 担当：早樫、長町

以上

受付日 年 月 日

(公財)稲盛福祉財団 2024年度生活自立支援金 支給申込書

(様式 1)

フリガナ				写真貼付 本人単身 胸から上・脱帽 3カ月以内撮影のもの 3cm × 4cm
氏 名				
生年月日	年 月 日 生まれ			
年 齢	満 歳	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
卒業校	学校名 _____ 年 月 _____ <input type="checkbox"/> 卒業済 <input type="checkbox"/> 卒業見込み <input type="checkbox"/> 中途退学 / <input type="checkbox"/> 措置延長中			
現住所	〒 _____ _____ Tel (_____) _____			
確認事項連絡先 (里親委託の場合 合児相担当者)	※施設担当者もしくは児相担当者平日9:30-17:00の間に連絡がつく連絡先をご記入ください 所属: _____ 氏名: _____ E-mail: _____ Tel (_____) _____			
退 所	年 月 日 <input type="checkbox"/> 退所済 <input type="checkbox"/> 退所予定			
進 路 (未定の方は 空欄可)	就職(<input type="checkbox"/> 就職先決定 <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 就労中) 進学(<input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 短大 <input type="checkbox"/> 専門学校) <input type="checkbox"/> その他(_____)			
	企業名	業種	職種	
			<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 準社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト	
	学校名	学部・学科・専攻 _____		
	所在地	_____ Tel (_____) _____		
公益財団法人稲盛福祉財団 理事長 金澤 しのぶ 様 当事業の趣旨、実施要綱を十分理解の上、稲盛福祉財団 生活自立支援金の支給を申し込みます。				
年 月 日 氏名 _____ (印)				
施設長・里親の推薦文 (ご本人の学校や施設での生活様子や退所後の期待等も含めてご記入ください)				
(施設名・役職) _____ 氏 名 _____ (印)				

記入にあたっては黒ボールペンをご使用ください。 は該当内容に✓をご記入ください。
 上段の枠内はご本人が自筆記入いただき、下段枠内は施設長または里親さんがご記入ください。
 この申込書には、自己紹介票(様式2)を添付してください。

氏名

自己紹介票

1 卒業後の進路予定についてご記入ください

2 将来設計・今後の夢等自由に記入してください

3 支援金を受給できた場合の使い道についてご記入ください

2024年度 生活自立支援金支給開始申請書

公益財団法人 稲盛福祉財団

理事長 金澤 しのぶ 様

受給者氏名 _____ (印)

以下のように、施設退所をいたしますので、生活自立支援金の支給を開始していただきますよう申請いたします。

申請日(記入日)		年 月 日			
退所日		年 月 日 決定・未定 ○をつけて下さい			
退所施設名					
退所後住所等	住所	〒			
	TEL		住居種別 (○をつけてください)	寮 ・ 社宅 ・ アパート その他()	
	携帯電話				
	携帯メールアドレス				
勤務先・進学先	名称				
	住所	〒			
	TEL				
	業種 (就職のみ記入)	職種 (就職のみ記入)		雇用形態 (○をつけてください)	正社員・準社員 アルバイト・その他

上記について相違ありません。

施設名

施設長・里親名 _____ (印)

- ※ 当申請書はすべての項目に記入してからご提出ください。未定のために記入できない場合は決定後提出ください。携帯電話を持っていない場合は該当箇所に無しと記入ください。就職または入学を証明する書類(在籍証明書、採用通知書、学生証のコピー)を添付してください。
- ※ 就職先や新住居等が未定で、申込期限(2月16日)までに当申請書を提出できない場合は、様式1,2を先に提出いただき、この様式3は就職先、退所日、住居が決定後に記入しご提出ください。但し、支援金の支給は退所月からの支給となります。