

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	☐ 男 ☐ 女	
卒業校	学校名 年 月 ☐ 卒業済 ☐ 卒業見込み ☐ 中途退学 / ☐ 措置延長中			
現住所	〒 - Tel () -			
確認事項連絡先 (里親委託の場合 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 ☐ 退所済 ☐ 退所予定			
進 路 (未定の方は 空欄可)	就職(☐ 就職先決定 ☐ 未定 ☐ 就労中) 進学(☐ 大学 ☐ 短大 ☐ 専門学校) ☐ その他()			
	企業名	業 種	職 種	☐ 正社員 ☐ 準社員 ☐ パート・アルバイト
	学校名	学 部・学 科・専 攻		☐ 入学 ☐ 在学(新 年生)
	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

2026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)

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18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。