

たすけあい資金借入申込書

会 長		事 務 局 長		担 当 者		申込日 令和 年 月 日
						決定日 令和 年 月 日 第 号

申込資金 <small>(該当する番号を○で囲んで下さい。)</small>		1 生活資金	2 支度資金	3 医療資金	
申込金額	円	初回返済日 令和 年 月 日	1回あたりの償還予定金額		
		返済方法	月賦 ・ 半年賦 ・ 一括 円		
借 入 申 込 者	フリガナ			性別	生 年 月 日
	氏 名			男 ・ 女	年 月 日生 (歳)
	現住所	〒 - -		電話	- - -
	勤務先名	〒 - -	勤務先所在地	電話	- - -
	月 収	円			
連 帯 保 証 人	フリガナ			性別	生 年 月 日
	氏 名			男 ・ 女	年 月 日生 (歳)
	現住所	〒 - -		電話	- - -
	勤務先名	〒 - -	勤務先所在地	電話	- - -
	月 収	円			
借 り よ う と す る 理 由					

上記の通りたすけあい資金の借入を申込みます。

借入申込者氏名

(印)

上記借用の連帯債務を負います。

連帯保証人氏名

(印)

社会福祉法人 鱈ヶ沢町社会福祉協議会 会 長 殿