

様式第1号（第8条関係）

年 月 日

（あて先）かすみがうら市長

申請者の氏名

かすみがうら市ひとり親家庭高等職業訓練促進給付金等支給申請書

かすみがうら市ひとり親家庭高等職業訓練促進給付金等支給事業実施要綱第8条第1項の規定により、給付金の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、申請及び給付金の支給審査に当たり、私に関する情報を公簿等により閲覧又は関係機関に対して必要な事項の調査確認を行うことに同意します。

| | | | |
|------------------------------|---|--------------------------|--------------|
| 申請する給付金の種類 | 高等職業訓練促進給付金 ・ 高等職業訓練修了支援給付金 | | |
| (フリガナ) | | 生年 月日 | 年 月 日(歳) |
| 氏 名 | | | |
| 個人番号 | | | |
| 住 所 | (〒 -) | | |
| 電話番号 | 自宅： () 携帯： () | | |
| 過去の受給の有無 (趣旨を同じくする給付金含む。) | 過去に(訓練促進給付金・修了支援給付金)を受給したことが (ある・ない) | | |
| 雇用保険法との関係 | 雇用保険法に基づく教育訓練支援給付金を (受けている・受ける予定がある・受けていない(予定を含む。)) | | |
| 本給付金と同時に利用する給付金・貸付金について | 本給付金と同時に利用する給付金・貸付金が(ある・ない) (ある場合は利用する給付金・貸付金を記載：) | | |
| 養成機関 及び修業 内容につ いて | 養成機関名 | | |
| | 養成機関 住所 | (〒 -) | 電話 () |
| | 修業期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | |
| | 養成区分 | 通学(昼間) ・ 通学(夜間) ・ その他() | |
| 修業に係る 資格 | ・ 看護師・准看護師・介護福祉士・保育士・理学療法士 ・ 作業療法士・歯科衛生士・美容師・社会福祉士 ・ 製菓衛生師・調理師 ・ その他() | | |
| 希望する 支払金融機関 | 金融機関名 | 口座の種類 | 普通 ・ 当座 |
| | 支店名 | 口座番号 | |
| | 口座名義(カタカナ) | | |

(裏面)

| 申請者と同一の世帯に属する者の氏名等について (住民票の世帯が別であっても、直系の血族又は兄弟姉妹で申請者と生計を同じくする方は記載してください。) | | | | |
|---|--------|--------|---------------------------|---------|
| 1 | (フリガナ) | | 生年 | 年 |
| | 氏名 | | 月日 | 月 日(歳) |
| | 個人番号 | | 続柄 | |
| | 住所 | (〒 -) | 申請者の地方税法上の扶養親族に 該当・非該当 | |
| 2 | (フリガナ) | | 生年 | 年 |
| | 氏名 | | 月日 | 月 日(歳) |
| | 個人番号 | | 続柄 | |
| | 住所 | (〒 -) | 申請者の地方税法上の扶養親族に 該当・非該当 | |
| 3 | (フリガナ) | | 生年 | 年 |
| | 氏名 | | 月日 | 月 日(歳) |
| | 個人番号 | | 続柄 | |
| | 住所 | (〒 -) | 申請者の地方税法上の扶養親族に 該当・非該当 | |
| 4 | (フリガナ) | | 生年 | 年 |
| | 氏名 | | 月日 | 月 日(歳) |
| | 個人番号 | | 続柄 | |
| | 住所 | (〒 -) | 申請者の地方税法上の扶養親族に 該当・非該当 | |
| 5 | (フリガナ) | | 生年 | 年 |
| | 氏名 | | 月日 | 月 日(歳) |
| | 個人番号 | | 続柄 | |
| | 住所 | (〒 -) | 申請者の地方税法上の扶養親族に 該当・非該当 | |
| (備考) | | | | |