

高等職業訓練促進給付金等支給申請書

年 月 日

（宛先）春日市長

申請者氏名

高等職業訓練促進給付金又は高等職業訓練修了支援給付金の支給を受けたいので、春日市母子家庭等高等職業訓練促進給付事業等実施要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。
また、市がこの申請審査に関して、支給要件の有無について公簿等で確認することに同意します。

①氏名 （個人番号）	フリガナ				生年月日	年	月	日	
	個人番号								
②住所	(〒 -)								
	電話 () -								
③申請する給付金 及び過去の受給 の有無	<input type="checkbox"/> 高等職業訓練促進給付金				<input type="checkbox"/> 高等職業訓練修了支援給付金				
	申請する給付金の支給を過去に受けたことが (ある ・ ない)								
④本給付金と同時に 利用する給付金・ 貸付金について									
⑤養成機関 及び修業 内容につ いて	養成 機関名								
	住所	(〒 -)							
		電話 () -							
	修業 期間	年	月	日	～	年	月	日	修業 時間帯
	修業に係る資格	看護師・准看護師・介護福祉士・保育士・その他 ()							
⑥希望する 支払金融機関 （※公金受取口座利 用の場合、金融機関名 等の記入は不要）	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。								
	金融機関名					口座の種類	普通		
	支店名					口座番号			
	口座名義	フリガナ							
備考									

(裏 面)

⑥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者を記入)				
1 氏名 (個人番号)	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
	個人番号		続柄	
住所	(〒 -)		申請者の地方税上の 扶養親族	該当 ・ 非該当
2 氏名 (個人番号)	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
	個人番号		続柄	
住所	(〒 -)		申請者の地方税上の 扶養親族	該当 ・ 非該当
3 氏名 (個人番号)	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
	個人番号		続柄	
住所	(〒 -)		申請者の地方税上の 扶養親族	該当 ・ 非該当
4 氏名 (個人番号)	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
	個人番号		続柄	
住所	(〒 -)		申請者の地方税上の 扶養親族	該当 ・ 非該当
5 氏名 (個人番号)	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
	個人番号		続柄	
住所	(〒 -)		申請者の地方税上の 扶養親族	該当 ・ 非該当
(備考)				