

高等職業訓練促進給付金等支給申請書

平成 年 月 日

薩摩川内市長 様

申請者 住所 薩摩川内市

氏名 印

高等職業訓練促進給付金・高等職業訓練修了支援給付金の支給を受けたいので下記により申請します。※いずれかに○をつけること。

(フリガナ)		生年	昭和・平成 年	
①氏名		月日	月 日生 ( 歳)	
②住所		(〒 - )	電話番号	
③過去受給の有無等		過去に高等職業訓練促進給付金・高等職業訓練修了支援給付金を受けたことが ( ある・ない )		
④ 養成機関 及び修業 内容につ いて	養成機関名			
	所在地			電話番号
	修業期間	平成 年 月 日 ～平成 年 月 日	区分	昼間・夜間
	修業に係る 資格	看護師・介護福祉士・保育士・理学療法士・作業療法士・その他( )		
⑤希望する 支払金融機関				
⑥児童扶 養手当の 受給の確 認	上記申請者は、児童扶養手当を受給していることを確認する。 (担当者氏名) 印			
(備考)				

- 注 1 修業証明書等を添付する場合は、④欄は記入する必要はありません。  
2 児童扶養手当証書を紛失等された場合は、⑤欄に、市の児童扶養手当支給担当者が後日確認の上、記入します。