様式第１号の２（第８条関係）

丸亀市高等職業訓練促進給付金等支給申請書

　　年　　月　　日

　　　丸亀市長　　宛

申請者氏名　　　　　　　　　　印

　高等職業訓練促進給付金・修了支援給付金の支給を受けたいので下記のとおり申請します。なお、給付金額の決定のため、税務関係の調査を実施することに同意します。　　　　　　　※　いずれかに○をつけること。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　　フ　リ　ガ　ナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） |
| １　氏　　　　　名 |  |
| 個　人　番　号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ２　住　　　　　　所 | （〒　　　―　　　　） | 電話（　　　　）― |
| ３　　　有　　　　　　無 | 過去に高等職業訓練促進給付金等を受けたことが　　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　受給の有無 | 有　・　無 | 証書番号 |  |
| ６　金融機関 | 金融機関名 | 口座種類普通 | 口座番号 |
| 本支店名 | （フリガナ）口 座 名 義 |
| ７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 | 養成区分 | 昼　・　夜 |
| 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・作業療法士その他（　　　　　　） |
| （備考） |

　（注意）

修業証明書等を添付する場合は、「７　養成機関及び修業内容について」欄を記入する必要はありません。

|  |
| --- |
| ８　申請者と生計を同じくする者 |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） |
| １　氏　名 |  |
| 　　個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　所 | （〒　　　―　　　　） | 続柄 |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） |
| ２　氏　名 |  |
| 　　個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　　住　所 | （〒　　　―　　　　） | 続柄 |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） |
| ３　氏　名 |  |
| 　　個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　所 | （〒　　　―　　　　） | 続柄 |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） |
| ４　氏　名 |  |
| 　　個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　　住　所 | （〒　　　―　　　　） | 続柄 |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） |
| ５　氏　名 |  |
| 　　個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　所 | （〒　　　―　　　　） | 続柄 |