

高等技能訓練促進費等支給申請書

平成 年 月 日

日南町福祉事務所長 様 申請者氏名 印

高等技能訓練促進費・入学支援修了一時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

①氏 名	フリガナ		生年月日	昭和・平成 ____年	
				____月 ____日生(____歳)	
②住 所	(〒 -)			電話 ()	
				—	
③過去の受給の有無	過去に(高等技能訓練促進費・入学支援修了一時金)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				
	住 所		電話()		
			—		
	修業期間	平成 年 月 日～平成 年 月	養成区分	昼間 ・ 夜間	
	修業に係る資格	看護師(准看護師を含む)・介護福祉士・保育士・理学療法士・作業療法士 理容師・美容師・その他()			
⑤希望する支払金融機関	金融機関名		口座の種類 普通・当座・その他		
	支店名		口座番号		
	口座名義(フリガナ)				
⑥児童扶養手当の受給の証明	上記申請者は、児童扶養手当を受給していることを証明する。 (担当者氏名) 印				
(備考)					

(注意)

- 1 修業証明書等を添付する場合は、「④養成機関及び修業内容について」欄に記載する必要はありません。
- 2 「⑥児童扶養手当の受給の証明」欄は、日南町児童扶養手当支給担当者に確認の上、記入押印します。
- その場合、児童扶養手当証書を添付する必要はありません。