

高等職業訓練促進給付金等支給申請書

年 月 日

（宛先）松阪市長

申請者氏名

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。

なお、この申請に基づく審査・支給決定にあたり、市が申請者等の住民基本台帳及び課税台帳等の情報を取得することに同意します。

氏 名 (個人番号)	フリガナ	生 年 月 日	年 月 日生 (歳)		
	個人番号				
			電話		
住 所	(〒 -)				
過去の受給の有無		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）			
本給付金と同時に利用する給付金・貸付金について					
養成機関及び修業内容について	養成機関名				
	住 所	電話番号 ()			
	修 業 期 間 (入学日～修了日)	年 月 日から 年 月 日まで	養成区分	昼間・夜間 通信	
	修 業 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・放射線技師・管理栄養士・美容師・理容師・社会福祉士 精神保健福祉士・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（フリガナ）				
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)			

(裏面)

申請者と同一の世帯に属する者の氏名等について

(住民票上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氏名 (個人番号)	フリガナ	生年月日	年 月 日生 (歳)
	個人番号	続柄	
住 所	(〒 -)	申請者の地方税上の扶養親族に 該当 ・ 非該当	
2氏名 (個人番号)	フリガナ	生年月日	年 月 日生 (歳)
	個人番号	続柄	
住 所	(〒 -)	申請者の地方税上の扶養親族に 該当 ・ 非該当	
3氏名 (個人番号)	フリガナ	生年月日	年 月 日生 (歳)
	個人番号	続柄	
住 所	(〒 -)	申請者の地方税上の扶養親族に 該当 ・ 非該当	
4氏名 (個人番号)	フリガナ	生年月日	年 月 日生 (歳)
	個人番号	続柄	
住 所	(〒 -)	申請者の地方税上の扶養親族に 該当 ・ 非該当	
5氏名 (個人番号)	フリガナ	生年月日	年 月 日生 (歳)
	個人番号	続柄	
住 所	(〒 -)	申請者の地方税上の扶養親族に 該当 ・ 非該当	
(備考)			