様式第1号(第8条関係)

美作市母子家庭等高等職業訓練促進給付金等支給申請書

　　年　　月　　日

　(あて先)美作市長

申請者氏名　　　　　　　　　　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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | フリガナ | 生年月日 | 　　年　　月　　日(　　歳) |
| 　 |
| 住所 | 〒 | 電話 |
| 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(　　　　年度)・ない |
| 養成機関及び修業内容 | 養成機関名 | 　 |
| 所在地 | 〒 | 電話 |
| 修業期間 | 　　　　年　　月　　日～　　　　　　　　　　年　　月　　日 | 養成区分(時間帯) | 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(　　　　　　) |
| 希望する支払金融機関 | 金融機関名 | 口座の種類 |
| 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)　　　　　　　　　　印　 |
| 備考　(児童扶養手当の認定を受けていない場合)養育費　ある(　　　　　　円)・ない |

◎市が支給要件の審査のために私の市民税課税台帳を閲覧することに同意します。