

様式第1（第6条関係）

自立支援教育訓練給付金事業受講対象講座指定申請書

年 月 日

（宛先）高浜市長

下記のとおり申請します。

記

フリガナ			
氏 名		生 年 月 日	年 月 日 (満 歳)
	個人番号		
住 所	高浜市 町 丁目 番地		
電 話	() —		
対象講座の名称			
対象講座 実施施設	名 称		
	所在地	連絡先 () —	
受 講 期 間		年 月 日 ~ 年 月 日	
所 要 費 用 (予 定)	入学料 円 受講料 円 (合計額 円)		
公共職業安定所の 教育訓練給付金受 給資格の有無	受講開始日現在において雇用保険法の教育訓練給付金の受給資格が ある ・ ない		
過去の受給の有無	過去に自立支援教育訓練給付金を受けたことが ある ・ ない		
申請者と生計を一 にする子の氏名等 ※次に該当する場 合に記載①児童と の関係が父又は母 ではない。②婚姻 によらないで母又 は父となった。	フリガナ	生年 月 日	年 月 日 (歳)
	個人番号		
	住所（別居の場合）		
	申請者の地方税上の扶養親族に該当 する ・ しない		
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		
私は、自立支援教育訓練給付金事業の対象講座指定申請をするにあたり、市長が課税台帳、 児童扶養手当における所得状況及び世帯状況について確認することを同意します。 申請者氏名 _____ 印			