

様式第7（第11条関係）

自立支援教育訓練給付金支給申請書（追加支給用）

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				生 年 月 日		年 月 日 (満 歳)	
氏 名		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			
資格取得年月日・ 取得資格名称		年 月 日		取得資格名称			
就職等年月日・ 就職等先名称		年 月 日		就職等先名			
事業主の証明		就業先住所				就業先電話番号	
		上記申請者は、当事業所において雇用していることを証明する 年 月 日 事業主氏名 (法人の場合は名称・代表者氏名)					
所 要 費 用		入学料 円		受講料 円		(合計額 円)	
受 給 額		雇用保険法による教育訓練給付金の受給額				円	
		自立支援教育訓練給付金の受給額				円	
希 望 す る 支 払 金 融 機 関		金融機関名		銀行・信用金庫 農協・信用組合 支 店			
		種 目		普通・当座		フリガナ	
		口座番号				口座名義	
		<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。					
(備考)							