様式第2号(第5条関係)

　　　　　　　　　　　　母子家庭等自立支援事業費補助金(高等職業訓練促進給付金等(高等職業訓練促進給付金))交付申請書

年　　月　　日

　　　香美市福祉事務所長　　　様

申請者氏名　　　　　　　　　　　　印

　高等職業訓練促進給付金(　　　年度分)の交付を受けたいので、下記により申請します。また、高等職業訓練促進給付金の交付を受けるにあたり、市が、関係機関で必要な事項の調査確認を行うことに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①氏名  （個人番号） | | フリガナ | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日生  (　　　歳) | | |
|  | | | |
| 個人番号 |  | | |
| ②住所 | | (〒　　　―　　　) | | | | | | 電話(　　　)  ― | | |
| ③児童扶養手当受給の有無 | | 有・無 | 受給者番号 | | | 担当者氏名 | 印 | | | |
| ④市町村民税 | | 課税世帯・非課税世帯 | | | ⑤本給付と同時に利用する給付金・貸付金について | | | |  | |
| ⑥過去の受給の有無 | | 過去に高等職業訓練促進給付金を受けたことが(ある・ない) | | | | | | | | |
| ⑦  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 | 年　月　日　～　　　　年　月　日  　　　(入学日)　　　　　　(卒業予定日)  養成機関確認　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | 養成区分  ○で囲んでください。 | | 昼・夜 |
| 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(　　　) | | | | | | | | |
| ⑧申請額 | | 円  　　(　　　　年　　月　～　　年　　月) | | | | | | | | |
| ⑨支払希望金融機関 | | 金融機関名 | | 本支店名 | | 口座種類  普通 | | 口座番号 | | |
| (母子・父子自立支援員又は福祉事務所担当職員の意見)  担当母子・父子自立支援員　　　氏名　　　　　　　　　　印  福祉事務所職員　職・氏名　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | |

（裏　面）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ⑩申請者と同一の世帯に属する者の氏名等について | | | |
| １　氏　名  （個人番号） | フリガナ | 生年月日 | 年　　月　　日生  (　　　歳) |
|  |
| 個人番号 |
| 住　所 | （〒　　　－　　　） | | 続柄 |
| ２　氏　名  （個人番号） | フリガナ | 生年月日 | 年　　月　　日生  (　　　歳) |
|  |
| 個人番号 |
| 住　所 | （〒　　　－　　　） | | 続柄 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ３　氏　名  （個人番号） | フリガナ | 生年月日 | 年　　月　　日生  (　　　歳) |
|  |
| 個人番号 |
| 住　所 | （〒　　　－　　　） | | 続柄 |
| ４　氏　名  （個人番号） | フリガナ | 生年月日 | 年　　月　　日生  (　　　歳) |
|  |
| 個人番号 |
| 住　所 | （〒　　　－　　　） | | 続柄 |
| ５　氏　名  （個人番号） | フリガナ | 生年月日 | 年　　月　　日生  (　　　歳) |
|  |
| 個人番号 |
| 住　所 | （〒　　　－　　　） | | 続柄 |
| 上記１～５に記載した者のうち、婚姻(※)によらないで母又は父となったもので、現に婚姻(※)していないものがいる場合、該当する番号にレ点をしてください。  (※)民法（明治29年法律第89号）上の婚姻。 | | | □ １ □ ２ □ ３  □ ４ □ ５ |
| （備考） | | | |

・同一世帯に属する者に対する寡婦等のみなし適用の確認に必要な書類

① 対象者及びその者の子の戸籍謄本

② 対象者及びその者と生計を一にする子の所得証明書