

決定番号	※
------	---

高等職業訓練促進給付金等支給申請書

令和 年 月 日

沖縄県知事 殿

申請者氏名 _____

高等職業訓練促進給付金・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。

※いずれかに○をつけること。

①氏名 (個人番号)	フリガナ	生年月日	昭・平・令 年	
	個人番号		月	日生(歳)
②住所	(〒 -)		電話 ()	
③過去の受給の有無	過去に(高等職業訓練促進給付金・修了支援給付金)を受けたことが(ある・ない)			
④本給付金と同時に利用する給付金・貸付金について				
⑤ 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	令和 年 月 日～令和 年 月 日	養成区分	昼間・夜間
	修業資格	看護師・介護福祉士・保育士・理学療法士・作業療法士・その他(
⑥ 希望する支払金融機関	金融機関名	口座の種類 普通・当座・その他		
	支店名	口座番号		
	口座名義(フリガナ)			
(備 考)				

※	福祉事務所	受付日	※	年 月 日	取扱者氏名	※
---	-------	-----	---	-------	-------	---

(注意)

- ・「④本給付金と同時に利用する給付金・貸付金について」欄は本給付金と同時に利用する給付金・貸付金がある場合には、必ず記載してください。
- ・※ の欄は福祉事務所にて使用しますので、記入しないで下さい。

(裏面)

⑦申請者同一の世帯に属する者の氏名等について (住民票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	昭・平・令 年 月 日生(歳)		
	個人番号				
住所等	(〒 -)				
	続柄	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	昭・平・令 年 月 日生(歳)		
	個人番号				
住所等	(〒 -)				
	続柄	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	昭・平・令 年 月 日生(歳)		
	個人番号				
住所等	(〒 -)				
	続柄	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	昭・平・令 年 月 日生(歳)		
	個人番号				
住所等	(〒 -)				
	続柄	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	昭・平・令 年 月 日生(歳)		
	個人番号				
住所等	(〒 -)				
	続柄	申請者の地方税上の扶養親族に 該当・非該当			
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(※)していないものがある場合、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。			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
			<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 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