能代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

能代市長　　　　　　　　　　　　様

申請者氏名

　能代市母子家庭等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次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | 生年月日 | | | 年  　　月　　日  (　　　歳) | |
| 氏名 | |  | |
| 個人番号 | |  | |
| 住所 | | （〒　　　　－　　　　　） | | | | | 電話 | |
| 過去の受給の有無 | | 過去に（ 能代市母子家庭等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 ・ ない ） | | | | | | |
| 養成機関及び修業内容 | 養成機関名 |  | | | | | | |
| 住所 | （〒　　　　－　　　　　） | | | | 電話 | | |
| 修業期間 | 年　　　月　　　日～　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 修業資格 | 看護師・准看護師・保育士・介護福祉士・作業療法士・理学療法士・歯科衛生士・美容師・社会福祉士・  製菓衛生師・調理師・ＣＣＮＰ認定資格・  ＬＰＩ認定資格・その他（　　　　　　　　　　） | | | | | | ・昼間  ・夜間  ・通信 |
| 支払希望金融機関 | 金融機関名 |  | 口座種別 | | 普通・当座・その他 | | | |
| 支店名 |  | 口座番号 | |  | | | |
| フリガナ  口座名義人 |  | | | | | | |
| 能代市母子家庭等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決定事務にあたり、必要な情報を公簿等により確認することを承諾します。  　　　　　　年　　　月　　　日  申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　世帯員  世帯員　　　　　　　　　　　　　　　　　世帯員  世帯員　　　　　　　　　　　　　　　　　世帯員 | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者と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。） | | | | |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年  　　月　　日  (　　　歳) | |
| 氏名 |  |
| 個人番号 |  |
| 住所 | （〒　　　　－　　　　　） | | 続柄 |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年  　　月　　日  (　　　歳) | |
| 氏名 |  |
| 個人番号 |  |
| 住所 | （〒　　　　－　　　　　） | | 続柄 |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年  　　月　　日  (　　　歳) | |
| 氏名 |  |
| 個人番号 |  |
| 住所 | （〒　　　　－　　　　　） | | 続柄 |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年  　　月　　日  (　　　歳) | |
| 氏名 |  |
| 個人番号 |  |
| 住所 | （〒　　　　－　　　　　） | | 続柄 |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年  　　月　　日  (　　　歳) | |
| 氏名 |  |
| 個人番号 |  |
| 住所 | （〒　　　　－　　　　　） | | 続柄 |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年  　　月　　日  (　　　歳) | |
| 氏名 |  |
| 個人番号 |  |
| 住所 | （〒　　　　－　　　　　） | | 続柄 |  |