能代市母子家庭等高等職業訓練促進給付金等支給決定通知書

記号及び番号

　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　様

能代市長　　　　　　　　　　印

　　　　年　　月　　日付けで提出のあった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に基づき審査した結果、下記のとおり支給決定することとしたので通知します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | 生年月日 | | 年  　　月　　日  (　　　歳) | |
| 氏名 | |  |
| 住所 | | （〒　　　　－　　　　　） | | | 電話 | |
| 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 |
| 支給金額 | |  | | | | |

（注意）

　　母子家庭の母又は父子家庭の父でなくなった場合、能代市に住所を有しなくなった場合、養成機関での修業を取りやめた場合等、受給要件に該当しなくなった場合は、１４日以内に「能代市母子家庭等高等職業訓練促進給付金等受給資格喪失届（様式第５号）を提出してください。