

年 月 日

三郷市母子家庭等高等職業訓練促進給付金等支給申請書

三郷市長 あて

申請者氏名

訓練促進給付金・修了給付金の支給を受けたいので、下記により申請します。なお、この申請に係る実施要綱第7条第3項第1号から第3号までの書類については、公簿等による確認に同意します。

氏 名	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)	
個 人 番 号					
住 所	(〒 —)			電話(—) —	
過 去 の 受 給 の 有 無	過去に(訓練促進給付金・修了給付金)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				
	所 在 地	(〒 —)		電話(—) —	
	修 業 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日		養成区分 (時間帯)	昼間 ・ 夜間
	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()			
支 払 金融機関	金融機関名	フリガナ 口座名義人			
	支店名	普通 当座	口座番号		
児童扶養手当の 受 給 の 証 明	上記申請者は、児童扶養手当を受給していることを証明する。 担当者氏名 印				
備考					
				整理番号	第 号

*添付書類

- (1) 申請者及びその扶養している児童の戸籍謄本又は抄本
- (2) 世帯全員の住民票の写し
- (3) 申請者の児童扶養手当証書の写し又は前年(1月から7月までの間に申請する場合は前々年)の所得の額等についての市区町村長の証明書
- (4) 養成機関における在籍に関する証明書
- (5) 養成機関における単位の取得に関する証明書
- (6) その他必要と認められる書類

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	フリガナ	生年月日	年 月 日 (歳)	
個 人 番 号				
住 所	(〒 —)		続柄	
2 氏 名	フリガナ	生年月日	年 月 日 (歳)	
個 人 番 号				
住 所	(〒 —)		続柄	
3 氏 名	フリガナ	生年月日	年 月 日 (歳)	
個 人 番 号				
住 所	(〒 —)		続柄	
4 氏 名	フリガナ	生年月日	年 月 日 (歳)	
個 人 番 号				
住 所	(〒 —)		続柄	
5 氏 名	フリガナ	生年月日	年 月 日 (歳)	
個 人 番 号				
住 所	(〒 —)		続柄	
(備考)				

三郷市長 あて

年 月 日

同意書

三郷市が母子及び父子並びに寡婦福祉法第 3 1 条第 2 号又は第 3 号に基づく事務
手続を処理するため、地方税関係情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意するこ
とを申し添えます。

同意者	申請者との続柄		生年月日	年 月 日
	フリガナ			
	氏 名			
	住 所 ☐ 申請者と同居			
同意者	申請者との続柄		生年月日	年 月 日
	フリガナ			
	氏 名			
	住 所 ☐ 申請者と同居			
同意者	申請者との続柄		生年月日	年 月 日
	フリガナ			
	氏 名			
	住 所 ☐ 申請者と同居			
同意者	申請者との続柄		生年月日	年 月 日
	フリガナ			
	氏 名			
	住 所 ☐ 申請者と同居			