

年 月 日

三郷市母子家庭等自立支援教育訓練給付金支給申請書

三郷市長 あて

申請者氏名

三郷市母子家庭等自立支援教育訓練給付金の支給を受けたいので下記により申請します。

氏 名 (個人番号)		フリガナ	生年月日	年 月 日 (歳)	
		個人番号			
住 所		(〒 —)		電 話	
教育訓練施設	名 称				
	所在地			電 話	
教育訓練講座の名称					
教育訓練の期間 うち支給単位期間		年 月 日(受講開始日)～ うち 年 月 日(初日) ～		年 月 日 年 月 日(末日)	
所要費用		入学料 円、受講料 円 合計額 円			
雇用保険法による教育 訓練給付金の受給額		円			
支払金融機関	金融機関名		支 店 名		
	口座種別	普通 ・ 当座		口座番号	
	口座名義人	カタカナ()			
(備考)					

同意書

三郷市が母子及び父子並びに寡婦福祉法第31条第1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			