

(あて先) 厚木市長

年 月 日

厚木市高等職業訓練修了支援給付金支給申請書

私は、次のとおり高等職業訓練修了支援給付金の支給を受けたいので申請します。

氏名	フリガナ										生 年 月 日	年 月 日生	
個人番号													
住所	(〒 -)										電話		
過去の受給の有無	過去に高等職業訓練修了支援給付金を受けたことが ある ・ ない												
本給付金と同時に利用する 給付金・貸付金について													
養成 機関 及 び 修 業 内 容	養成機関												
	住所										電話		
	修業期間	年 月 日 ~					年 月 日					養成区分	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 ()											
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							
	(フリガナ) 口座名義人												
高等職業訓練修了支援 給付金支給申請額	金 円												

申請者と同一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	フリガナ	生年 月日	年 月 日生
個人番号		続柄	
住所	(〒 -)	申請者の地方税法上の 扶養親族に該当・非該当	
2氏名	フリガナ	生年 月日	年 月 日生
個人番号		続柄	
住所	(〒 -)	申請者の地方税法上の 扶養親族に該当・非該当	
3氏名	フリガナ	生年 月日	年 月 日生
個人番号		続柄	
住所	(〒 -)	申請者の地方税法上の 扶養親族に該当・非該当	
同意欄	私（たち）は、本申請に伴い、厚木市担当職員が個人番号を利用して地方税関係情報を取得すること及び本事業の事務処理のため必要な情報を厚木市が保有する公簿等により確認することを同意します。		
	氏名（本人自署）	年1月1日の住所地	
	(申請者)		
		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> COKAS（確認： ） <input type="checkbox"/> 住民票又は記載事項証明書 <input type="checkbox"/> その他		
身元確認	(写真あり：1種) <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他		
	(写真なし：2種) <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> その他		

- (注) 添付書類
- 対象者及びその扶養している児童の戸籍謄本又は戸籍抄本
 - 世帯全員の住民票の写し
 - 児童扶養手当証書の写し又は所得課税証明書（1月～7月の申請者は、前年度分）（児童扶養手当証書の写しの提出がない場合であって、所得税法に規定する控除対象扶養親族（19歳未満の者に限る。）を有するときは、その数及び所得に関する書類を含む。）
 - 当該カリキュラムの修了証明書等の写し