

(宛先) 厚木市長

令和 年 月 日

自立支援教育訓練給付金支給申請書

私は、自立支援教育訓練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 日生
氏名				
個人番号				
住所	(〒 -) 厚木市		電話 () -	
教育訓練施設の名称				
教育訓練講座の名称				
教育訓練の期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (受講開始日) (受講終了日)			
所要費用	入学料 円、受講料 円 合計額 円			
雇用保険法による一般教育訓練給付金の受領額	円			
給付金振込先金融機関	銀行・組合・金庫		支店・支所・出張所	
	普通・当座・貯蓄	口座番号		
	口座名義人(カタカナ)			
	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します			
児童扶養手当受給状況	受給している ・ 受給していない			
同意欄	私は本申請の可否判定等のため、厚木市の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に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に同意します。 署名 _____			
年 1 月 1 日の住所				
添付書類	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書の写し <input type="checkbox"/> 受講対象講座指定通知書 <input type="checkbox"/> 教育訓練経費の領収書 <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 所得証明書 (年度) <input type="checkbox"/> 教育訓練修了証明書 <input type="checkbox"/> 教育訓練給付金 (一般教育訓練) 支給・不支給決定通知書			

申請者の扶養する子の氏名等		
1 氏名	フリガナ	生 年 月 日
		年 月 日生
学校・勤務先		続柄
税法上の扶養親族等に該当 する ・ しない		
2 氏名	フリガナ	生 年 月 日
		年 月 日生
学校・勤務先		続柄
税法上の扶養親族等に該当 する ・ しない		
3 氏名	フリガナ	生 年 月 日
		年 月 日生
学校・勤務先		続柄
税法上の扶養親族等に該当 する ・ しない		