

※ ボールペンで記載してください (消せるボールペン、鉛筆は不可)
※ 修正時は二重線に訂正印で修正してください (修正テープの使用不可)

令和3年 4 月 5 日

横浜市 長

※ ↓いずれかに○をつけること。

次のとおり 高等職業訓練促進給付金 ・ 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。

また、給付金の支給に関し、私の住民票関係情報、地方税関係情報、児童扶養手当の支給、雇用保険法による教育訓練給付金の支給に関する情報、職業訓練受講給付金に関する情報について、個人番号を利用し調査・照会することに同意するとともに、給付金の支給に関する情報を区福祉保健センター及び横浜市母子家庭等就業・自立支援センターと共有することに同意します。

① 氏 名	フリガナ	〇〇〇 〇〇〇	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2			
		〇〇 〇〇	生年月日	平成 元 年 2 月 3 日			
② 住 所	(〒 1 2 3 - 4 5 6 7)	横浜市〇〇区〇〇町 1 - 2 - 3		電 話	(自宅) 0 4 5 - 1 2 3 - 4 5 6 7		
					(携帯) 0 9 0 - 1 2 3 4 - 5 6 7 8		
③ 過去の受給の有無	過去に (高等職業訓練促進給付金・高等職業訓練修了支援給付金) を受けたことがある <input checked="" type="radio"/> ない <input type="radio"/>						
④ 本給付金と同時に利用する給付金・貸付金	<input checked="" type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない						
④で「ある」を選択した場合、給付金・貸付金の名称	高等職業訓練促進給付金貸付金 (申請予定)						
⑤ 養成機関及び修業内容について	養成機関名	〇〇看護専門学校 (<input checked="" type="radio"/> 全日制 <input type="radio"/> 定時制 <input type="radio"/> 通信制)					
	住 所	横浜市△△区△△町 4 - 5 - 6					
	修 業 期 間	令和×年 4 月 1 日 ~ 令和××年 3 月 3 1 日	養成区分	<input checked="" type="radio"/> 昼間 <input type="radio"/> 夜間			
	修業に係る資格	<input checked="" type="radio"/> 看護師 <input type="radio"/> 准看護師 <input type="radio"/> 介護福祉士 <input type="radio"/> 保育士 <input type="radio"/> 理学療法士 <input type="radio"/> 作業療法士 <input type="radio"/> 歯科衛生士 <input type="radio"/> 理美容師 <input type="radio"/> 社会福祉士 <input type="radio"/> 製菓衛生師 <input type="radio"/> 調理師					
⑥ 就業又は育児と修業の両立が困難である理由	週5日、9時から16時まで授業があり、仕事との両立が困難であるため						
⑦ 希望する支払金融機関	金融機関名	〇〇銀行			〇〇	支店	
	口座番号	<input checked="" type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 当座	1 2 3 4 5 6 7				
	(フリガナ) 口座名義人	〇〇〇 〇〇〇 〇〇 〇〇					
⑧ 世帯の課税状況	非課税 <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> 課税						
(備考)	同居の親族に課税の方がいる場合は、申請者本人が非課税であっても「課税」世帯となります。						

(注意)

- 「④本給付金と同時に利用する給付金・貸付金がある場合には、必ず記載してください。
- 修業証明書等を添付する場合は、「⑤養成機関及び修業内容について」欄に記載する必要はありません。

⑨申請者と同一の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、全員を記入してください。

1 氏 名	フリガナ	個人番号			
		生年月日	年	月	日
住 所	(〒 —)	申請者の地方税上の扶養親族に 該当・非該当			
2 氏 名	フリガナ	個人番号			
		生年月日	年	月	日
住 所	(〒 —)	申請者の地方税上の扶養親族に 該当・非該当			
3 氏 名	フリガナ	個人番号			
		生年月日	年	月	日
住 所	(〒 —)	申請者の地方税上の扶養親族に 該当・非該当			
4 氏 名	フリガナ	個人番号			
		生年月日	年	月	日
住 所	(〒 —)	申請者の地方税上の扶養親族に 該当・非該当			
5 氏 名	フリガナ	個人番号			
		生年月日	年	月	日
住 所	(〒 —)	申請者の地方税上の扶養親族に 該当・非該当			

お子さんを含め、同居の親族の方
全員をご記入ください。

(備考)

高等職

※ボールペンで記載してください (消せるボールペン、鉛筆は不可)
※修正時は二重線に訂正印で修正してください (修正テープの使用不可)

令和3年4月5日

横浜市 長

※ ↓いずれかに○をつけること。

次のとおり **高等職業訓練促進給付金** ・ 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。

また、給付金の支給に関し、私の住民票関係情報、地方税関係情報、児童扶養手当の支給、雇用保険法による教育訓練給付金の支給に関する情報、職業訓練受講給付金に関する情報について、個人番号を利用し調査・照会することに同意するとともに、給付金の支給に関する情報を区福祉保健センター及び横浜市母子家庭等就業・自立支援センターと共有することに同意します。

① 氏名	フリガナ	○○○ ○○○	個人番号	1 2 3 4	5 6 7 8	9 0 1 2
		○○ ○○	生年月日	平成 元 年 2 月 3 日		
② 住所	(〒 1 2 3 - 4 5 6 7)	横浜市○○区○○町 1 - 2 - 3	電話	(自宅)	0 4 5 - 1 2 3 - 4 5 6 7	
				(携帯)	0 9 0 - 1 2 3 4 - 5 6 7 8	
③ 過去の受給の有無	過去に (高等職業訓練促進給付金・高等職業訓練修了支援給付金) を受けたことがある ・ ない					
④ 本給付金と同時に利用する給付金・貸付金	ある ・ ない					
④で「ある」を選択した場合、給付金・貸付金の名称	高等職業訓練促進給付金貸付金 (申請予定)					
⑤ 養成機関及び修業内容について	養成機関名	○○看護専門学校 (全日制) ・ 定時制 ・ 通信制)				
	住所	横浜市△△区△△町 4 - 5 - 6				
	修業期間	令和 ×年 4 月 1 日 ~ 令和 ×年 3 月 3 1 日	養成区分	昼間 ・ 夜間		
	講座名	○○○○講座				
	指定番号	1 2 3 4 5 - 6 7 8 9 0 1 - 2				
⑥ 就業又は育児と修業の両立が困難である理由	週 5 日、9 時から 1 6 時まで授業があり、仕事との両立が困難であるため できるだけ具体的に ご記入ください。					
⑦ 希望する支払金融機関	金融機関名	○○	銀行	○○	支店	
	口座番号	普通 ・ 当座	1234567			
	(フリガナ) 口座名義人	○○○ ○○○ ○○ ○○				
⑧ 世帯の課税状況	非課税 ・ 課税					
(備考)	同居の親族に課税の方がいる場合は申請者本人が非課税であっても「課税」世帯となります。					

(注意)

- 「④本給付金と同時に利用する給付金・貸付金がある場合には、必ず記載してください。
- 修業証明書等を添付する場合は、「⑤養成機関及び修業内容について」欄に記載する必要はありません。

⑨申請者と同一の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、全員を記入してください。

1 氏 名	フリガナ	個人番号			
		生年月日	年 月 日	続柄	
住 所	(〒 お子さんを含め、同居の親族の方<u>全員</u>をご記入ください。)		申請者の地方税上の扶養親族に 該当・非該当		
2 氏 名	フリガナ	個人番号			
		生年月日	年 月 日	続柄	
住 所	(〒 -)		申請者の地方税上の扶養親族に 該当・非該当		
3 氏 名	フリガナ	個人番号			
		生年月日	年 月 日	続柄	
住 所	(〒 -)		申請者の地方税上の扶養親族に 該当・非該当		
4 氏 名	フリガナ	個人番号			
		生年月日	年 月 日	続柄	
住 所	(〒 -)		申請者の地方税上の扶養親族に 該当・非該当		
5 氏 名	フリガナ	個人番号			
		生年月日	年 月 日	続柄	
住 所	(〒 -)		申請者の地方税上の扶養親族に 該当・非該当		

(備考)