

様式第1号(第7条関係)

高等技能訓練促進費等支給申請書

年 月 日

津和野町長 様

高等技能訓練促進費・入学支援終了一時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 日生 ( 歳)	
	(印)			
住所	(〒 )	電話	( )	
過去の受給の有無	過去に高等技能訓練促進費・入学支援終了一時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			
	住所	(〒 )	電話	( )
	修業期間	年 月 日から 年 月 日まで	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			
※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				

※欄は、記入不要です。