

別記

第1号様式（第6条、第12条関係）

高知県ひとり親家庭自立支援事業費補助金（自立支援教育訓練給付金）
交付申請書兼実績報告書

平成 年 月 日

高知県知事

様

申請者氏名

印

自立支援教育訓練給付金の交付を受けたいので、高知県ひとり親家庭自立支援事業費補助金交付要綱第6条（第12条第1号）の規定により、次のとおり申請（報告）をします。また、自立支援教育訓練給付金の交付を受けるにあたり、県が、関係機関で必要な事項（地方税関係情報等の特定個人情報を含む。）の調査確認を行うことに同意します。

①氏名 (個人番号)	フリガナ	生年月日	昭・平 年 月 日生 (歳)
	個人番号		
②住所	(〒 -)	電話() -	
③教育訓練施設の名称			
④教育訓練講座の名称			
⑤教育訓練の期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日 (受講開始日)	平成 年 月 日 (受講修了日)	
⑥所要費用	入学金 円、受講料 円	合計 円	
⑦交付申請額 (所要費用の60パーセント相当額 (一般教育訓練給付金を受給している場合はその額を差し引いた額))	円		
⑧支払希望金融機関	金融機関名	本支店名	口座種類 普通 口座番号
(母子・父子自立支援員又は福祉保健所担当職員の見解)			
担当母子・父子自立支援員 氏名 印 福祉保健所職員 職・氏名 印			

第2号様式 (第6条関係)

(表 面)

高知県ひとり親家庭自立支援事業費補助金(高等職業訓練促進給付金等
(高等職業訓練促進給付金))交付申請書

平成 年 月 日

高知県知事

様

申請者氏名

印

高等職業訓練促進給付金の交付を受けたいので、高知県ひとり親家庭自立支援事業費補助金交付要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。また、高等職業訓練促進給付金の交付を受けるにあたり、県が、関係機関で必要な事項(地方税関係情報等の特定個人情報を含む。)の調査確認を行うことに同意します。

①氏名 (個人番号)	フリガナ	生年月日	昭・平 年 月 日生 (歳)	
	個人番号			
②住所	(〒 -)		電話() -	
③児童扶養手当受給の有無	有・無	受給者番号	担当者 氏名 印	
④市町村民税	課税世帯・非課税世帯	⑤本給付金と同時に利用する給付金・貸付金について		
⑥過去の受給の有無	過去に高等職業訓練促進給付金を受けたことが(ある・ない)。			
⑦養成機関及び修業内容について	養成機関名			
	住所	(〒 -)	電話() -	
	修業期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日 (入学日) (卒業予定日)	養成区分 ○で囲んでください。	昼・夜
	修業に係る資格	養成機関確認 印 看護師・介護福祉士・保育士・理学療法士・作業療法士・その他()		
⑧申請額	円 (平成 年 月 ～ 年 月)			
⑨支払希望金融機関	金融機関名	本支店名	口座種類 普通	口座番号
(母子・父子自立支援員又は福祉保健所担当職員の見解)				
担当母子・父子自立支援員 氏名 印 福祉保健所職員 職・氏名 印				

(裏面)

⑩申請者と同一の世帯に属する者の氏名等について			
1 氏名 (個人番号)	フリガナ	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)
	個人番号		
住 所	(〒 -)		続柄
2 氏名 (個人番号)	フリガナ	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)
	個人番号		
住 所	(〒 -)		続柄
3 氏名 (個人番号)	フリガナ	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)
	個人番号		
住 所	(〒 -)		続柄
4 氏名 (個人番号)	フリガナ	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)
	個人番号		
住 所	(〒 -)		続柄
5 氏名 (個人番号)	フリガナ	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)
	個人番号		
住 所	(〒 -)		続柄
(備考)			

第3号様式(第6条、第12条関係) (表 面)

高知県ひとり親家庭自立支援事業費補助金(高等職業訓練促進給付金等
(高等職業訓練修了支援給付金))交付申請書兼実績報告書

平成 年 月 日

高知県知事

様

申請者氏名

印

高等職業訓練修了支援給付金の交付を受けたいので、高知県ひとり親家庭自立支援事業費補助金交付要綱第6条(第12条第2号イ)の規定により、次のとおり申請(報告)します。また、高等職業訓練修了支援給付金の交付を受けるに当たり、県が、関係機関で必要な事項(地方税関係情報等の特定個人情報を含む。)の調査確認を行うことに同意します。

①氏名 (個人番号)	フリガナ	生年月日	昭・平 年 月 日生 (歳)	
	個人番号			
②住所	(〒 -)	電話() -		
③児童扶養手当受給の有無	有・無	受給者番号	担当者 氏名 印	
④市町村民税	課税世帯・非課税世帯	⑤本給付金と同時に利用する給付金・貸付金について		
⑥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)。			
⑦養成機関 及び修業 内容につ いて	養成機関名			
	住所	(〒 -)	電話() -	
	修業期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日 (入学日) (卒業予定日)	養成区分 ○で囲んで ください。	昼・夜
	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()		
⑧申請額	円			
⑨支払希望金融機関	金融機関名	本支店名	口座種類 普通	口座番号
(母子・父子自立支援員又は福祉保健所担当職員の見解)				
担当母子・父子自立支援員 氏名 印 福祉保健所職員 職・氏名 印				

(裏面)

⑩申請者と同一の世帯に属する者の氏名等について			
1 氏名 (個人番号)	フリガナ	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)
	個人番号		
住 所	(〒 -)		続柄
2 氏名 (個人番号)	フリガナ	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)
	個人番号		
住 所	(〒 -)		続柄
3 氏名 (個人番号)	フリガナ	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)
	個人番号		
住 所	(〒 -)		続柄
4 氏名 (個人番号)	フリガナ	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)
	個人番号		
住 所	(〒 -)		続柄
5 氏名 (個人番号)	フリガナ	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)
	個人番号		
住 所	(〒 -)		続柄
(備考)			

高知県ひとり親家庭自立支援事業費補助金変更承認申請書

提出日 平成 年 月 日

① 氏名	フリガナ			
② 住所	(〒 -)		電話() -	
③ 変更の内容及び理由	ア 住所又は氏名に変更があった。 イ 振込口座を変更したい。 ウ 市町村民税の課税状況に変更があった。 エ その他 ()			
④ 新しい住所又は氏名	(〒 -)			
⑤ 市町村民税	課税世帯・非課税世帯			
⑥ 申請額	円			
⑦ 新振込口座	金融機関名	本支店名	口座種類 普通	口座番号
自立支援教育訓練給付金 高等職業訓練促進給付金等 について、上記のとおり変更したいので、高知県ひとり親家庭自立支援事業費補助金交付要綱第7条第1号（第2号）の規定により申請します。				
			氏名	印
高知県知事		様		

添付書類

変更理由がアの場合は戸籍謄本及び住民票を、変更理由がウの場合は申請者及び申請者と同一の世帯に属する者の納税証明書等及び市町村民税の課税状況を証明する書類をそれぞれ添えてください。

高知県ひとり親家庭自立支援事業費補助金
（自立支援教育訓練給付金）交付（変更）決定通知書

		決定番号	
①氏名	フリガナ -----	生年月日	昭・平 年 月 日生 (歳)
②住所	(〒 -)		電話() -
③教育訓練施設の名称			
④教育訓練講座の名称			
⑤教育訓練の期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日 (受講開始日) (受講修了日)		
⑥所要費用	入学料 円、受講料 円 合計 円		
⑦交付決定金額	円		
⑧支払金融機関	金融機関名	本支店名	口座種類 普通 口座番号
※			

先にあなたから提出がありました平成 年 月 日付けの自立支援教育訓練給付金交付申請書兼実績報告書（変更申請書）を審査した結果、上記のとおり決定しましたので、高知県ひとり親家庭自立支援事業費補助金交付要綱第9条の規定により通知します。

平成 年 月 日

高知県知事

印

第6号様式（第9条関係）

高知県ひとり親家庭自立支援事業費補助金（高等職業訓練促進給付金等
（高等職業訓練促進給付金）交付（変更）決定通知書

		受給資格者 番 号			
①氏 名	フリガナ -----	生年月日	昭・平 年 月 日生 (歳)		
②住 所	(〒 -)		電話() -		
③ 養成機関及 び修業内容 について	養成機関名				
	住 所	(〒 -)	電話() -		
	修 業 期 間	平成 年 月 日～平成 年 月 日		養成区分 ○で囲む。	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 ()			
④交付期間及び金額	平成 年 月～平成 年 月 月額 円				
⑤高等職業訓練促進給付金 振込口座					
※					

先にあなたから提出がありました平成 年 月 日付けの高等職業訓練促進給付金等（高等職業訓練促進給付金）交付申請書（変更申請書）を審査した結果、上記のとおり決定しましたので高知県ひとり親家庭自立支援事業費補助金交付要綱第9条の規定により通知します。

平成 年 月 日

高知県知事

印

高知県ひとり親家庭自立支援事業費補助金(高等職業訓練促進給付金等
(高等職業訓練修了支援給付金))交付(変更)決定通知書

		受給資格者 番 号		
①氏 名	フリガナ -----	生年月日	昭・平 年 月 日生 (歳)	
②住 所	(〒 -)		電話() -	
③ 養成機関及 び修業内容 について	養成機関名			
	住 所	(〒 -)	電話() -	
	修 業 期 間	平成 年 月 日～平成 年 月 日		養成区分 ○で囲む。 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 ()		
④交付決定額	円			
⑤高等職業訓練修了支援給 付金振込口座				
※				

先にあなたから提出がありました平成 年 月 日付けの高等職業訓練促進給付金等（高等職業訓練修了支援給付金）交付申請書兼実績報告書（変更申請書）を審査した結果、上記のとおり決定しましたので高知県ひとり親家庭自立支援事業費補助金交付要綱第9条の規定により通知します。

平成 年 月 日

高知県知事

印

高知県ひとり親家庭自立支援事業費補助金（高等職業訓練促進給付金等
（高等職業訓練促進給付金））概算払請求書

金 円

平成 年 月 日付けで交付の決定を受けましたひとり親家庭自立支援事業費補助金（高等職業訓練促進給付金等（高等職業訓練促進給付金））について、教育訓練機関での修業を継続していますので、高知県ひとり親家庭自立支援事業費補助金交付要綱第10条第2号アの規定により、概算払をされるよう請求します。

記

市町村民税	平成	年度	課税世帯	・	非課税世帯
補助金交付決定額			円		
既交付額			円		
今回請求額			円		

平成 年 月 日

高知県知事 様

申請者 住所

氏名

印

- (注) 1 市町村民税について、4月分から7月分までの請求は前年度の課税状況を、その他の月の請求は今年度の課税状況をそれぞれ確認してください。
- 2 受講開始日が平成20年3月31日以前である場合は、記載は不要です。
- 3 別記第5号様式による交付決定を受けた支払金融機関に変更がある場合は、別記第4号様式による変更申請書を提出してください。

第10号様式（第11条関係）

第 号
平成 年 月 日

様

高知県知事

印

高知県ひとり親家庭自立支援事業費補助金取消通知書

平成 年 月 日付けで通知しました高知県ひとり親家庭自立支援事業費補助金の決定については、下記のとおり取り消しましたので、高知県ひとり親家庭自立支援事業費補助金交付要綱第11条第2項の規定により通知します。

記

1 決定取消理由

2 決定取消理由発生年月日 平成 年 月 日

3 取消を行う補助対象経費

第 11 号様式 (第 12 条関係)

高知県ひとり親家庭自立支援事業費補助金(高等職業訓練促進給付金等
(高等職業訓練促進給付金))実績報告書

提出日 平成 年 月 日

① 氏 名	フリガナ	
② 住 所	(〒 -)	電話()
		-
③ 教育訓練施設の名称 又は養成機関名ほか	教育訓練施設の名称 又は養成機関名	
	教育訓練の期間又は 修業期間	
	教育訓練講座又は修 業に係る資格	
④ 交付決定額及び 交付済額	① 交付決定額	円
	② 交付済額	円
	③ 過不足額	円
<p>平成 年 月 日付けで交付(変更)の決定がありました高知県ひとり親家庭自立支援事業費補助金(高等職業訓練促進給付金等(高等職業訓練促進給付金))に係る教育職業訓練を修了したので、高知県ひとり親家庭自立支援事業費補助金交付要綱第 12 条第 2 号アの規定により報告します。</p>		
氏 名 印		
高知県知事 様		

添付書類

教育訓練機関の証明がある教育訓練修了証明書(卒業証書)の写し