**第４号様式**（第９条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 訓練手当受給資格認定書 | | | | | | | | |
|  | 氏名 |  | | | | | |  |
|  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | 性別 | 男 ・ 女 |  |
|  | 住所 |  | | | | | |  |
|  | 訓練施設名 |  | | | | | |  |
|  | 訓練科又は訓練職種 |  | | | | | |  |
|  | 訓練期間 | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで | | | | | |  |
|  | 訓練手当 | 手当の種類 | | 支給額 | 備考 | | |  |
|  |  | 基本手当 | | 日額　　　　　円 |  | | |  |
|  |  | 技能習得手当 | 受講手当 | 日額　　　　　円 |  | | |  |
|  |  | 通所手当 | 月額　　　　　円 |  | | |  |
|  |  | 寄宿手当 | | 月額　　　　　円 |  | | |  |
|  | その他 |  | | | | | |  |
| 上記のとおり認定します。  年　　月　　日  高知県知事 | | | | | | | | |

注　１　この認定書は、毎月訓練手当の支給申請を行う際必要ですので、大切に保管しておいてください。

２　住所、氏名、家族の状況、通所方法その他訓練手当受給資格認定申請書を提出する際に記入した事項に変更があった場合は、速やかに届け出てください。

なお、事実を隠して不正に訓練手当を受給し、又は受給しようとした場合は、不正があった日以後、訓練手当の支給を中止することがあります。