

改正後	改正前
別記 第 1 号様式（第 6 条、第 12 条関係） （略）	別記 第 1 号様式（第 6 条、第 12 条関係） （略）

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

令和 年 月 日

高知県知事 様

申請者氏名

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・令 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	
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	年 月 日～ 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
		養成機関確認		印	
	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 ()			
<u>准看護師から看護師の養成機関に引き続き進学する予定が がある・ない。</u>					
⑧申請額		円 (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意見)					
担当母子・父子自立支援員 氏名 福祉保健所職員 職・氏名					

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

令和 年 月 日

高知県知事 様

申請者氏名

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・令 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	
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	年 月 日～ 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
		養成機関確認		印	
	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 (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意見)					
担当母子・父子自立支援員 氏名 福祉保健所職員 職・氏名					

(裏 面)
(略)

(裏 面)
(略)

第3号様式（第6条、第12条関係）～第13号様式（第9条関係）
（略）

第3号様式（第6条、第12条関係）～第13号様式（第9条関係）
（略）