

改正後

別記
第 1 号様式

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)
受講対象講座指定申請書

令和 年 月 日

高知県知事 様

申請者氏名

次の教育訓練を受講したいので、私の受講する自立支援教育訓練給付金の対象講座の指定を申請します。

①氏 名 (個人番号)	フリガナ ----- 個人番号	生年月日	昭・平・令 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	令和 年 月 日～令和 年 月 日 (受講開始日) (受講修了予定日)		
⑥所要費用(予定)	入学料 円、受講料 円 合計 円		
⑦公共職業安定所の教育訓練 給付金受給資格の有無	受講開始日現在において雇用保険制度の 教育訓練給付金の受給資格がある・ない		
⑧過去の受給の有無	過去に自立支援教育訓練給付金を受けたことが ある・ない		
⑨准看護師から看護師の養成 機関に引き続き進学する 予定の有無	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ある・ない。		

(母子・父子自立支援員又は福祉保健所の担当職員の意見)

担当母子・父子自立支援員 氏名
福祉保健所 職 氏名

受理番号

改正前

別記
第 1 号様式

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)
受講対象講座指定申請書

令和 年 月 日

高知県知事 様

申請者氏名

次の教育訓練を受講したいので、私の受講する自立支援教育訓練給付金の対象講座の指定を申請します。

①氏 名 (個人番号)	フリガナ ----- 個人番号	生年月日	昭・平・令 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	令和 年 月 日～令和 年 月 日 (受講開始日) (受講修了予定日)		
⑥所要費用(予定)	入学料 円、受講料 円 合計 円		
⑦公共職業安定所の教育訓練 給付金受給資格の有無	受講開始日現在において雇用保険制度の 教育訓練給付金の受給資格がある・ない		
⑧過去の受給の有無	過去に自立支援教育訓練給付金を受けたことが ある・ない		

(母子・父子自立支援員又は福祉保健所の担当職員の意見)

担当母子・父子自立支援員 氏名
福祉保健所 職 氏名

受理番号

第 2 号様式～第 3 号様式
(略)

第 2 号様式～第 3 号様式
(略)