**別記**

**第１号様式**（第９条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 訓練手当受給資格認定申請書  年　　月　　日  高知県知事　　　　　　　様  申請者　氏名  訓練手当の支給を受けたいので、次のとおり申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ①申請する手当の種類 | | | | | | 基本手当 | | | | | | | | 受講手当 | | | | | | | 寄宿手当 | | | | |
| ②申請者記入欄 | (１) |  | | | |  | | | | | | (２) | | | | | 生年月日、年齢及び性別 | | | 年　 月　 日  （　　歳）男 ・ 女 | | | | | |
| (３) | 住所又は居所 | | | | 高知県 | | | | | | 市　　　　　町  郡　　　　　村 | | | | | | | | | | | | 番地　　　　方 | |
|  | (４) | 寄宿の事実 | | | | 有　・　無 | | | | | (５) | | | | 寄宿開始年月日 | | | | | 年　 月　 日 | | | | | |
|  | (６) | 寄宿前の住所又は居所 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | (７) | 扶養親族に関する事項（寄宿手当を申請する場合にのみ記入してください。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 家族の状況 | 氏名 | | | 申請者との続柄 | | | | 年齢 | | | | 扶養の有無 | | | | | | 同居又は別居の別 | | | | 別居している者の住所又は居所 | | |
|  |  | | |  | | | | 歳 | | | | 有・無 | | | | | | 同・別 | | | |  | | |
|  |  | | |  | | | | 歳 | | | | 有・無 | | | | | | 同・別 | | | |  | | |
|  |  | | |  | | | | 歳 | | | | 有・無 | | | | | | 同・別 | | | |  | | |
|  |  | | |  | | | | 歳 | | | | 有・無 | | | | | | 同・別 | | | |  | | |
| ※  ③県確認欄 | (１) | 訓練の種別 | | | 公共職業訓練 | | | | | | | | | 求職者支援訓練 | | | | | | | 職場適応訓練 | | | | |
| (２) | 訓練期間 | | | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | (３) | 訓練科 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | (４) | 訓練の受講指示の根拠 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | (５) | 雇用保険基本手当等の受給資格の有無 | | | 有　・　無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | 種類 | ア | 雇用保険法の規定による基本手当又は傷病手当 | | | イ | 雇用保険法の規定による日雇労働求職者給付金 | | | | | | | | ウ | | 国家公務員退職手当法の規定による退職手当 | | | | エ | | | アからウまでのものに相当する地方公共団体が支給する給付 |
|  |  | 有無 | 有　・　無 | | | | 有　・　無 | | | | | | | | | 有　・　無 | | | | | | 有　・　無 | | | |
|  | (６) | 沖縄振興特別措置法の該当の有無 | | | | | | | | 有　・　無 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | (７) | 雇用保険法第40条の規定による特例一時金の受給の有無及び受給年月日 | | | | | | | | 有（　　　年　 月　 日）　・　無 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記の申請者は、職業訓練を受講していることを証明します。  年　　月　　日  職業訓練を行う施設（公共職業安定所）の所在地及び名称  職業訓練を行う施設（公共職業安定所）の長の職・氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注　１　②欄は、必要な事項を記入し、又は該当するものを○で囲んでください。

２　※印欄は、記入しないでください。