

## 高等職業訓練促進給付金等支給申請書（高等職業訓練促進給付金）

令和 年 月 日

(あて先) 札幌市長

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印

※自署の場合は押印を省略することができます。

捨印

高等職業訓練促進給付金の支給を（新規に・継続して）受けたいので下記により申請します。

※いずれかに○をつけること。

印

氏名 (個人番号)	フリガナ	生年月日		
	個人番号	昭和 ____年__月__日生 平成 (____歳)		
住所	(〒 ____ )	電話 ( ____ )		
※ 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 ( ____年前) ・ ない			
※ 本給付金と同時に利用する 給付金・貸付金	ある (名称: _____) ・ ない			
養成機関及 び修業内容 について	養成機関名			
	所在地	電話 ( ____ )		
	修業期間	____年__月__日 ~ ____年__月__日 (入学) (修了)	養成区分	昼間・夜間・通信
	修業に係る資格			
希望する支払金融機関	金融機関名	銀行 信金 信組	口座の種類	普通・当座
	支店名	本店 支店	店名	*ゆうちょ銀行のみ
	口座名義 (フリガナ)		口座番号	
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。				
(札幌市記入欄) 児童扶養手当の 受給証明	上記申請者は、児童扶養手当を受給していることを証明する。 証書番号 _____ 有効期限 ____年__月__日 (担当者 所属・氏名) _____ 区福祉助成係 _____ 印			
備考				

公的給付の支給等の迅速かつ確実な実施のための預貯金口座の登録等に関する法律（令和3年法律第38号）第3条第1項、第4条第1項及び第5条第2項の規定による登録に係る口座として、公金受取口座を利用する場合は、「公金受取口座を利用します。」のチェックボックスに「レ」マークを入れてください。この場合「希望する支払金融機関」欄に記載する必要はありません。

## ※職員記載欄

① 番号確認	
	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> マイナンバーが記載された住民票
② 身元確認	
1 種類 (顔写真付き)	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 在留カード・特別永住証明書 <input type="checkbox"/> 旅券 (パスポート) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳・療育手帳 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
2 種類 (顔写真なし)	<input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書、特別児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )

申請者と同一の世帯に属する者の氏名等について (住民票の世帯が別であっても、申請者と同居している扶養義務者(父母、祖父母、子、兄弟姉妹)や生計を同じくする扶養義務者については記載してください。)			
1 氏名 (個人番号)	フリガナ		生年月日 昭和 平成 <u>    </u> 年 <u>    </u> 月 <u>    </u> 日生 令和 (    歳)
	個人番号		続柄
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と 同一	<input type="checkbox"/> 申請者と異なる↓ (〒 - )	申請者の地方税法上の扶養親族に 該当 ・ 非該当
2 氏名 (個人番号)	フリガナ		生年月日 昭和 平成 <u>    </u> 年 <u>    </u> 月 <u>    </u> 日生 令和 (    歳)
	個人番号		続柄
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と 同一	<input type="checkbox"/> 申請者と異なる↓ (〒 - )	申請者の地方税法上の扶養親族に 該当 ・ 非該当
3 氏名 (個人番号)	フリガナ		生年月日 昭和 平成 <u>    </u> 年 <u>    </u> 月 <u>    </u> 日生 令和 (    歳))
	個人番号		続柄
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と 同一	<input type="checkbox"/> 申請者と異なる↓ (〒 - )	申請者の地方税法上の扶養親族に 該当 ・ 非該当
4 氏名 (個人番号)	フリガナ		生年月日 昭和 平成 <u>    </u> 年 <u>    </u> 月 <u>    </u> 日生 令和 (    歳)
	個人番号		続柄
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と 同一	<input type="checkbox"/> 申請者と異なる↓ (〒 - )	申請者の地方税法上の扶養親族に 該当 ・ 非該当
5 氏名 (個人番号)	フリガナ		生年月日 昭和 平成 <u>    </u> 年 <u>    </u> 月 <u>    </u> 日生 令和 (    歳)
	個人番号		続柄
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と 同一	<input type="checkbox"/> 申請者と異なる↓ (〒 - )	申請者の地方税法上の扶養親族に 該当 ・ 非該当
上記1～5に記載した者のうち、婚姻によらないで母又は父となったもので、現に婚姻(民法(明治29年法律第89号)上の婚姻)をしていない方がいる場合、該当する番号にレ点を してください。			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> なし
(備考)			

## 【注意事項】

支給の決定のために必要ですので、各記載欄は正確にご記載ください。

※虚偽の申請その他の不正の手段により給付金を受給したことが判明した場合には、支給決定の全部若しくは一部を取り消し、既に受けた給付金を返還していただくとともに、取り消された給付金の受領日から納付の日までの日数に応じ、当該給付金の額(その一部を納付した場合におけるその後の期間については、既納額を控除した額)につき、年10.95パーセントの割合で計算した違約加算金を納付していただきます。

備考 この様式により難しいときは、これに準じて別の様式を用いることができる。