

## 第1号様式（第7条関係）

## 京都市高等職業訓練促進給付金等支給申請書

(あて先) 京都市長

高等職業訓練促進給付金・高等職業訓練修了支援給付金※の支給を受けたいので、下記のとおり申請します。（※ いずれかに○を付けること。）

また、受給資格の有無及び支給額の決定のために必要な事項に関して、公簿等で調査することに同意します。

|                         |         |   |      |  |  |       |  |  |          |          |           |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------|---------|---|------|--|--|-------|--|--|----------|----------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|
|                         |         |   |      |  |  | 年　月　日 |  |  |          |          |           |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏　　　名<br>(個人番号)         |         | フリガナ  |      |  |  |       |  |  | 生年<br>月日 |          | 年　　　月　　　日 |  |  |  |  |  |  |  |
|                         |         |   |      |  |  |       |  |  |          |          |           |  |  |  |  |  |  |  |
|                         |         | 個人<br>番号  |      |  |  |       |  |  |          |          |           |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　　　所                   |         | (千　　　　　　一　　　　　　)  |      |  |  |       |  |  | 電話 (　　　) |          | —         |  |  |  |  |  |  |  |
|                         |         |   |      |  |  |       |  |  |          |          |           |  |  |  |  |  |  |  |
| 養成機関及び修業内容              | 養成機関の名称 |   |      |  |  |       |  |  | 電話 (　　　) |          | —         |  |  |  |  |  |  |  |
|                         | 所在地     |   |      |  |  |       |  |  |          |          |           |  |  |  |  |  |  |  |
|                         | 修業期間    | 年　月　日～年　月　日   |      |  |  |       |  |  | 養成区分     | 昼間・夜間・通信 |           |  |  |  |  |  |  |  |
|                         | 修業に係る資格 | 看護師 ・ 准看護師 ・ 介護福祉士 ・ 保育士 ・ 理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 歯科技工士 ・ 歯科衛生士 ・ 視能訓練士 ・ 言語聴覚士 ・ 製菓衛生師 ・ 調理師 ・ その他( ) |      |  |  |       |  |  |          |          |           |  |  |  |  |  |  |  |
| 振込口座                    |         | 金融機関  | 銀行金庫 |  |  |       |  |  | 店        | 口座の種類    | 普通・当座・その他 |  |  |  |  |  |  |  |
|                         |         | (フリガナ)  |      |  |  |       |  |  | 口座番号     |          |           |  |  |  |  |  |  |  |
|                         |         | 口座名義  |      |  |  |       |  |  |          |          |           |  |  |  |  |  |  |  |
| 本給付金と同時に利用する給付金・貸付金について |         |   |      |  |  |       |  |  |          |          |           |  |  |  |  |  |  |  |
| (備　考)                   |         |   |      |  |  |       |  |  |          |          |           |  |  |  |  |  |  |  |

(注意)

- 1 高等職業訓練促進給付金については、月を単位として、支給申請のあった日の属する月分から支給します。
- 2 高等職業訓練促進給付金の支給対象期間は、修業する期間に相当する期間(その期間が 48 月を超えるときは、48 月)を超えない期間とします。
- 3 申請者及びその世帯構成員のいずれもが市町村民税非課税の場合、高等職業訓練促進給付金は月額 10 万円(養成機関における課程の修了までの期間の最後の十二月については、月額 14 万円)、高等職業訓練修了支援給付金は 5 万円の支給額となり、それ以外の場合、高等職業訓練促進給付金は月額 7 万 5 百円(養成機関における課程の修了までの期間の最後の十二月については、月額 11 万 5 百円)、高等職業訓練修了支援給付金は 2 万 5 千円の支給額となります。

(裏面あり)

(裏面)

|  |           |  |  |  |  |  |  |  |                             |       |
|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------------------|-------|
| 申請者と同一の世帯に属する者の氏名等について<br>※住民票の世帯が別であっても、申請者と生計を同じくする方は記載してください。   |           |  |  |  |  |  |  |  |                             |       |
| 1  | フリガナ      |  |  |  |  |  |  |  | 生年<br>月日                    | 年 月 日 |
|  | 氏名        |  |  |  |  |  |  |  | 続柄                          |       |
|  | 個人番号      |  |  |  |  |  |  |  | 申請者の地方税法上の扶養親族に<br>該当 ・ 非該当 |       |
|  | 住所（別居の場合） |  |  |  |  |  |  |  |                             |       |
| 2  | フリガナ      |  |  |  |  |  |  |  | 生年<br>月日                    | 年 月 日 |
|  | 氏名        |  |  |  |  |  |  |  | 続柄                          |       |
|  | 個人番号      |  |  |  |  |  |  |  | 申請者の地方税法上の扶養親族に<br>該当 ・ 非該当 |       |
|  | 住所（別居の場合） |  |  |  |  |  |  |  |                             |       |
| 3  | フリガナ      |  |  |  |  |  |  |  | 生年<br>月日                    | 年 月 日 |
|  | 氏名        |  |  |  |  |  |  |  | 続柄                          |       |
|  | 個人番号      |  |  |  |  |  |  |  | 申請者の地方税法上の扶養親族に<br>該当 ・ 非該当 |       |
|  | 住所（別居の場合） |  |  |  |  |  |  |  |                             |       |
| 4  | フリガナ      |  |  |  |  |  |  |  | 生年<br>月日                    | 年 月 日 |
|  | 氏名        |  |  |  |  |  |  |  | 続柄                          |       |
|  | 個人番号      |  |  |  |  |  |  |  | 申請者の地方税法上の扶養親族に<br>該当 ・ 非該当 |       |
|  | 住所（別居の場合） |  |  |  |  |  |  |  |                             |       |
| 5  | フリガナ      |  |  |  |  |  |  |  | 生年<br>月日                    | 年 月 日 |
|  | 氏名        |  |  |  |  |  |  |  | 続柄                          |       |
|  | 個人番号      |  |  |  |  |  |  |  | 申請者の地方税法上の扶養親族に<br>該当 ・ 非該当 |       |
|  | 住所（別居の場合） |  |  |  |  |  |  |  |                             |       |
| 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、現に婚姻していないものがある場合、該当する番号にレ点をしてください。  |           |  |  |  |  |  |  |  |                             |       |
| <div><div><input type="checkbox"/> 1</div><div><input type="checkbox"/> 4</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> 2</div><div><input type="checkbox"/> 5</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> 3</div></div> |           |  |  |  |  |  |  |  |                             |       |
| (備考)   |           |  |  |  |  |  |  |  |                             |       |