

自立支援教育訓練給付金支給申請書

平成 年 月 日

八頭町福祉事務所長 様

申請者氏名

印

自立支援教育訓練給付金の支給を受けたいので下記により申請します。

①氏名	フリガナ	生年月日	昭和・平成 ____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	平成 ____年 ____月 ____日 ~ 平成 ____年 ____月 ____日 (受講開始日)		
⑥所要費用	入学料 ____円、受講料 ____円 合計額 ____円		
⑦希望する支払金融機関	金融機関名	口座の種類	普通・当座・その他
	支店名	口座番号	
	口座名義(フリガナ)		
⑧児童扶養手当の受給の証明	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。 (担当者氏名) 印		
(備考)			

(注意)

- 支給申請期間は、受講修了日から起算して30日以内です。
- 「⑧児童扶養手当の受給の証明」欄は、福祉事務所担当者が町の児童扶養手当支給担当者に確認の上、記名押印します。その場合、児童扶養手当証書を添付する必要はありません。