

## 蒲郡市母子及び父子家庭自立支援給付金支給要綱

### (趣旨)

第1条 この要綱は、母子及び父子並びに寡婦福祉法(昭和39年法律第129号。以下「法」という。)第31条の規定に基づく母子家庭自立支援給付金及び法第31条の10の規定に基づく父子家庭自立支援給付金(以下「給付金」という。)の支給に関し、母子及び父子並びに寡婦福祉法施行令(昭和39年政令第224号。以下「施行令」という。)及び母子及び父子並びに寡婦福祉法施行規則(昭和39年厚生省令第32号。以下「規則」という。)に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

### (支給対象者)

第2条 給付金は次に掲げる者に支給する。

- (1) 施行令第27条に規定する母子家庭自立支援教育訓練給付金及び施行令第31条の9に規定する父子家庭自立支援教育訓練給付金(以下「訓練給付金」という。)

同条の受給資格者であって、蒲郡市内に住所を有する者(以下「訓練給付金受給資格者」という。)

- (2) 施行令第28条に規定する母子家庭高等職業訓練促進給付金及び施行令第31条の9に規定する父子家庭高等職業訓練促進給付金(以下「訓練促進費」という。)

同条の受給資格者であって、蒲郡市内に住所を有する者(以下「訓練促進費受給資格者」という。)

- (3) 施行令第29条に規定する母子家庭高等職業訓練修了支援給付金及び施行令第31条の10に規定する父子家庭高等職業訓練修了支援給付金(以下「修了支援給付金」という。)

同条の受給資格者であって、蒲郡市内に住所を有する者(以下「修了支援給付金受給資格者」という。)

### (住所の異動者の取扱い)

第3条 前条各号に規定する住所に関し、異動があった場合の取扱いは、次のとおりとする。

- (1) 訓練給付金

訓練給付金受給資格者が、施行令第27条第1項（施行令第31条の9第1項で準用する場合を含む。）に規定する教育訓練（以下「教育訓練」という。）の修了日前に、蒲郡市内に住所を有しなくなったとき及び施行令第27条及び第31条の9第1項に規定する受給資格者が、教育訓練の修了日後に、蒲郡市内に住所を有したときは、訓練給付金の支給はしない。

(2) 訓練促進費

ア 訓練促進費受給資格者が、施行令第28条第4項（施行令第31条の9第2項で準用する場合を含む。）に規定する訓練促進費の支給期間に蒲郡市内に住所を有しなくなったときは、当該住所を有しなくなった日の属する月まで訓練促進費を支給する。

イ 施行令第28条及び第31条の9第2項に規定する受給資格者が、蒲郡市内に住所を有した場合であって、転入前の住所地において、訓練促進費の支給決定を受けているときは、市長が当該給付金の支給決定をしたものとみなして、蒲郡市内に住所を有した日の属する月の翌月から支給する。ただし、当該支給決定をした都道府県又は市から訓練促進費の支給が行われる場合を除く。

（支給申請書等）

第4条 給付金の支給手続に要する書類は、次に掲げるとおりとする。

(1) 規則6条の8、第6条の9及び第6条の17の7に規定する訓練給付金

- ア 自立支援教育訓練給付金支給申請書 (第1号様式)
- イ 自立支援教育訓練給付金支給決定通知書 (第2号様式)
- ウ 自立支援教育訓練給付金却下通知書 (第3号様式)
- エ 自立支援教育訓練給付金支給申請書(追加支給用) (第4号様式)
- オ 自立支援教育訓練給付金支給決定通知書(追加支給用) (第5号様式)
- カ 自立支援教育訓練給付金却下通知書(追加支給用) (第6号様式)

(2) 規則第6条の10から第6条の17まで及び第6条の17の7に規定する訓練促進費等

- ア 高等職業訓練促進給付金等支給申請書 (第7号様式)
- イ 高等職業訓練促進給付金等支給決定通知書 (第8号様式)
- ウ 高等職業訓練促進給付金等却下通知書 (第9号様式)
- エ 高等職業訓練促進給付金等受給資格喪失届 (第10号様式)

オ 高等職業訓練促進給付金等受給資格喪失通知書 (第 1 1 号様式)

カ 高等職業訓練修了支援給付金支給決定通知書 (第 1 2 号様式)

キ 高等職業訓練修了支援給付金支給却下通知書 (第 1 3 号様式)

(給付金の返還)

第 5 条 偽りその他不正の手段により給付金の支給を受けた者は、既に支給を受けた給付金の一部又は全部を返還するものとする。

(雑則)

第 6 条 この要綱のほか事業の実施にあたり必要な事項は、別に定めるものとする。

附 則

この要綱は、平成 1 6 年 8 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 2 0 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 2 6 年 1 0 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 2 8 年 1 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 2 8 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 2 9 年 5 月 1 5 日から施行する。

附 則

1 この要綱は、平成 3 0 年 3 月 1 4 日から施行する。

2 この要綱の施行の際、改正前の蒲郡市母子及び父子家庭自立支援給付金支給要綱の規定による諸様式の内紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則

1 この要綱は、令和 2 年 1 2 月 2 8 日から施行する。

2 この要綱の施行の際、改正前の蒲郡市母子及び父子家庭自立支援給付金支給要綱の規定による諸様式の内紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則

この要綱は、令和7年1月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和7年4月1日から施行する。

|                                  |                                       |  |              |            |
|----------------------------------|---------------------------------------|--|--------------|------------|
| 自立支援教育訓練給付金支給申請書                 |                                       |  |              |            |
| 年 月 日                            |                                       |  |              |            |
| 蒲郡市長 殿                           |                                       |  |              |            |
| 申請者氏名                            |                                       |  |              |            |
| 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<br>(個人番号)                   | フリガナ                                  |  | 生年月日         | 年 月 日 ( 歳) |
|                                  |                                       |  |              |            |
|                                  | 個人番号                                  |  |              |            |
| ②住 所                             | ( 〒      —      )                     |  | 電 話<br><br>— |            |
| ③教育訓練施設の所在地及び名称                  |                                       |  |              |            |
| ④教育訓練講座の名称                       |                                       |  |              |            |
| ⑤教育訓練の期間                         | 年 月 日(受講開始日)～ 年 月 日                   |  |              |            |
| うち支給単位期間                         | うち 年 月 日(初日)～ 年 月 日(末日)               |  |              |            |
| ⑥所要費用                            | 入学料 円、受講料 円 合計 円                      |  |              |            |
| ⑦雇用保険法による教育訓練給付金の受給額             | 円                                     |  |              |            |
| ⑧希望する支払金融機関                      | 金融機関名                                 |  | 口座の種類        |            |
|                                  | 支店名                                   |  | 口座番号         |            |
|                                  | フリガナ<br>口座名義                          |  |              |            |
|                                  | <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します |  |              |            |
| (備考)                             |                                       |  |              |            |

(裏面)

(注意)

- 1 支給申請期間は、受講修了日(専門実践教育訓練給付金の支給を受けることができる受給資格者については、専門実践教育訓練給付金の支給額が確定した日)から起算して30日以内(支給単位期間ごとに支給を受ける方は、指定教育訓練実施者の発行する「受講証明書」に記載された支給単位期間末日の翌日から起算して30日以内)です。
- 2 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、「⑧希望する支払金融機関」欄に記載する必要はありません。

|                                                               |                     |  |       |           |
|---------------------------------------------------------------|---------------------|--|-------|-----------|
| 自立支援教育訓練給付金支給決定通知書                                            |                     |  |       |           |
| ①氏 名                                                          | フリガナ                |  | 生年月日  | 年 月 日( 歳) |
|                                                               |                     |  |       |           |
| ①住 所                                                          | ( 〒    —    )       |  |       |           |
| ③教育訓練施設の所在地及び名称                                               |                     |  |       |           |
| ④教育訓練講座の名称                                                    |                     |  |       |           |
| ⑤教育訓練の期間                                                      | 年 月 日(受講開始日)～ 年 月 日 |  |       |           |
| ⑥所要費用                                                         |                     |  |       |           |
| ⑦雇用保険法による教育訓練給付金の受給額                                          | 円                   |  |       |           |
| ⑧希望する支払金融機関                                                   | 金融機関名               |  | 口座の種類 |           |
|                                                               | 支店名                 |  | 口座番号  |           |
|                                                               | フリガナ<br>口座名義        |  |       |           |
| ⑨給付金決定額                                                       |                     |  |       |           |
|                                                               |                     |  | 受理番号  |           |
| さきにあなたから提出のありました自立支援教育訓練給付金支給申請書に基づき審査したところ上記のとおり決定したので通知します。 |                     |  |       |           |
| 年 月 日                                                         |                     |  |       |           |
| 蒲郡市長                                                          |                     |  |       |           |

(注意)

1 異動の届出  
次の異動が生じたときはその旨連絡してください。

- (1) 住所を変更したとき
- (2) 母子又は父子家庭でなくなったとき
- (3) その他重要な異動があったとき

2 訓練給付金の返還  
あなたが不正な手段で訓練給付金の支給申請をした場合、この決定を取り消すことがあります。  
なお、その場合既に支給を受けた訓練給付金があれば、その全部又は一部を返していただくことがあります。

|                                                                                                       |                                    |      |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------|-----------|
| 自立支援教育訓練給付金却下通知書                                                                                      |                                    |      |           |
| ①氏 名                                                                                                  | フリガナ                               | 生年月日 | 年 月 日( 歳) |
|                                                                                                       |                                    |      |           |
| ①住 所                                                                                                  | (〒        —        )               |      |           |
| ③教育訓練施設の所在地及び名称                                                                                       |                                    |      |           |
| ④教育訓練講座の名称                                                                                            |                                    |      |           |
| ⑤教育訓練の期間                                                                                              | 年    月    日(受講開始日)～    年    月    日 |      |           |
| ⑥却下理由                                                                                                 |                                    |      |           |
| <p>年    月    日付けであなたから自立支援教育訓練給付金の支給申請がありましたが、上記のとおり却下しましたので通知します。</p> <p>年    月    日</p> <p>蒲郡市長</p> |                                    |      |           |



## 自立支援教育訓練給付金支給申請書(追加支給用)

年 月 日

蒲郡市長 殿

申請者氏名

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<br>(個人番号)       | フリガナ                                                                            |        | 生年月日             | 年 月 日 ( 歳) |
|                      |                                                                                 |        |                  |            |
|                      | 個人番号                                                                            |        |                  |            |
| ②住 所                 | (〒      -      )                                                                |        |                  | 電 話<br>—   |
| ③教育訓練施設の所在地<br>及び名称  |                                                                                 |        |                  |            |
| ④教育訓練講座の名称           |                                                                                 |        |                  |            |
| ⑤教育訓練の期間             | 年 月 日(受講開始日)～ 年 月 日(受講修了日)                                                      |        |                  |            |
| ⑥資格取得年月日             | 年 月 日                                                                           | 取得資格名称 |                  |            |
| ⑦就職等年月日              | 年 月 日                                                                           | 就職先名称  |                  |            |
| ⑧事業主の証明              | 就職先住所                                                                           |        | 就職先電話番号          |            |
|                      | 上記申請者は、当事業所において雇用していることを証明する<br>年 月 日                                           |        |                  |            |
|                      | 事業主氏名<br>(法人の時は名称・代表者氏名)                                                        |        |                  |            |
| ⑨所要費用                | 入学料                      円、受講料                      円 合計                      円 |        |                  |            |
| ⑩雇用保険法による教育訓練給付金の受給額 | 円                                                                               |        | ⑪自立支援教育訓練給付金の受給額 | 円          |
| ⑫希望する支払金融機関          | 金融機関名                                                                           |        | 口座の種類            |            |
|                      | 支店名                                                                             |        | 口座番号             |            |
|                      | フリガナ<br>口座名義                                                                    |        |                  |            |
|                      | <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します                                           |        |                  |            |
| (備考)                 |                                                                                 |        |                  |            |

(裏面)

(注意)

1 支給申請期間は、受講修了し、当該教育訓練に係る資格の取得をし、かつ、当該教育訓練を修了した日の翌日から起算して1年以内に就職等した日(専門実践教育訓練給付金の支給を受けることができる受給資格者については、専門実践教育訓練給付金の支給額が確定した日)から起算して30日以内です。

2 ⑥欄については、資格を取得した日及びその資格名称を記載してください。また、資格を取得したことを証明する書類の写し(合格証等)を添付してください。

3 ⑦欄については、就職等した日及びその事業所名等を記載した上で、雇用主の証明を受けてください。その他の書類によって就職等した日及びその事実が証明できる場合は、証明欄を省略することが可能です。

4 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、「⑪希望する支払金融機関」欄に記載する必要はありません。

|                                                                                                      |                     |  |       |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--|-------|-----------|
| 自立支援教育訓練給付金支給決定通知書(追加支給用)                                                                            |                     |  |       |           |
| ①氏 名                                                                                                 | フリガナ                |  | 生年月日  | 年 月 日( 歳) |
|                                                                                                      |                     |  |       |           |
| ①住 所                                                                                                 | ( 〒    —    )       |  |       |           |
| ③教育訓練施設の所在地及び名称                                                                                      |                     |  |       |           |
| ④教育訓練講座の名称                                                                                           |                     |  |       |           |
| ⑤教育訓練の期間                                                                                             | 年 月 日(受講開始日)～ 年 月 日 |  |       |           |
| ⑥所要費用                                                                                                |                     |  |       |           |
| ⑦雇用保険法による教育訓練給付金の受給額                                                                                 | 円                   |  |       |           |
| ⑧希望する支払金融機関                                                                                          | 金融機関名               |  | 口座の種類 |           |
|                                                                                                      | 支店名                 |  | 口座番号  |           |
|                                                                                                      | フリガナ<br>口座名義        |  |       |           |
| ⑨給付金決定額                                                                                              |                     |  |       |           |
|                                                                                                      |                     |  | 受理番号  |           |
| <p>さきにあなたから提出のありました自立支援教育訓練給付金支給申請書(追加支給用)に基づき審査したところ上記のとおり決定したので通知します。</p> <p>年 月 日</p> <p>蒲郡市長</p> |                     |  |       |           |

(注意)

1 異動の届出

次の異動が生じたときはその旨連絡してください。

- (1) 住所を変更したとき
- (2) 母子又は父子家庭でなくなったとき
- (3) その他重要な異動があったとき

2 訓練給付金の返還

あなたが不正な手段で訓練給付金の支給申請をした場合、この決定を取り消すことがあります。

なお、その場合既に支給を受けた訓練給付金があれば、その全部又は一部を返していただくことがあります。

|                                                                                                              |                                    |      |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------|-----------|
| 自立支援教育訓練給付金却下通知書                                                                                             |                                    |      |           |
| ①氏 名                                                                                                         | フリガナ                               | 生年月日 | 年 月 日( 歳) |
|                                                                                                              |                                    |      |           |
| ①住 所                                                                                                         | (〒        —        )               |      |           |
| ③教育訓練施設の所在地及び名称                                                                                              |                                    |      |           |
| ④教育訓練講座の名称                                                                                                   |                                    |      |           |
| ⑤教育訓練の期間                                                                                                     | 年    月    日(受講開始日)～    年    月    日 |      |           |
| ⑥却下理由                                                                                                        |                                    |      |           |
| <p>年    月    日付けであなたから自立支援教育訓練給付金支給申請書(追加支給用)がありましたが、上記のとおり却下しましたので通知します。</p> <p>年    月    日</p> <p>蒲郡市長</p> |                                    |      |           |

# 高等職業訓練促進給付金等支給申請書

年 月 日

蒲郡市長

殿

申請者氏名

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により申請します。

|                                      |                                                     |                                               |            |          |       |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------|----------|-------|
| ①<br>氏 名<br>(個人番号)                   | フリガナ                                                | 生年月日                                          | 年 月 日 ( 歳) |          |       |
|                                      | 個人番号                                                |                                               |            |          |       |
| ②<br>住 所                             | ( 〒      )                                          | 電 話 (      )<br>-                             |            |          |       |
| ③過去の受給の有無                            | 過去に(高等職業訓練促進給付金・高等職業訓練修了支援給付金)を受けたことが    ある ・    ない |                                               |            |          |       |
| ④本給付金と同時に利用<br>する給付金・貸付金につ<br>いて     |                                                     |                                               |            |          |       |
| ⑤養成<br>機関及<br>び修業<br>の内容<br>につ<br>いて | 養成機関名                                               |                                               |            |          |       |
|                                      | 所在地                                                 |                                               | 電話         |          |       |
|                                      | 修業期間                                                | 年 月 日 ~ 年 月 日                                 |            | 養成<br>区分 | 昼間・夜間 |
|                                      | 修業に係る資格                                             | 看護師・准看護師・介護福祉士・保育士・理学療養士・作業療法士<br>その他(      ) |            |          |       |
| ⑥希望する支払<br>金融機関                      | 銀行名                                                 |                                               | 口座の種類      |          |       |
|                                      | 支店名                                                 |                                               | 口座番号       |          |       |
|                                      | フリガナ<br>口座名義                                        |                                               |            |          |       |
|                                      | <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します               |                                               |            |          |       |
| ⑦児童扶養手当の受<br>給の有無(市記入欄)              | 上記の申請者は、児童扶養手当を受給していることを確認しました。<br><br>(所属)(担当者職氏名) |                                               |            |          |       |
| (備考)                                 |                                                     |                                               |            |          |       |

(注意)

- 1 「④本給付金と同時に利用する給付金・貸付金について」欄は、本給付金と同時に利用する給付金・貸付金がある場合には、必ず記載してください。
- 2 修業証明書等を添付する場合は、「⑤養成機関及び修業の内容について」欄に記載する必要はありません。

3 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、「⑥希望する支払金融機関」欄に記載する必要はありません。

4 「⑦児童扶養手当の受給の証明」欄は、都道府県、市及び福祉事務所設置町村の児童扶養手当支給担当者が確認の上、記名します。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。

⑧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、直系の血族又は兄弟姉妹で申請者と生計を同じくする方は記載してください。)

|                 |                   |                             |            |
|-----------------|-------------------|-----------------------------|------------|
| 1 氏 名<br>(個人番号) | フリガナ              | 生年月日                        | 年 月 日生( 歳) |
|                 | 個人番号              |                             |            |
| 住 所             | ( 〒      -      ) | 申請者の地方税上の扶養親族に    該当    非該当 |            |
| 2 氏 名<br>(個人番号) | フリガナ              | 生年月日                        | 年 月 日生( 歳) |
|                 | 個人番号              |                             |            |
| 住 所             | ( 〒      -      ) | 申請者の地方税上の扶養親族に    該当    非該当 |            |
| 3 氏 名<br>(個人番号) | フリガナ              | 生年月日                        | 年 月 日生( 歳) |
|                 | 個人番号              |                             |            |
| 住 所             | ( 〒      -      ) | 申請者の地方税上の扶養親族に    該当    非該当 |            |
| 4 氏 名<br>(個人番号) | フリガナ              | 生年月日                        | 年 月 日生( 歳) |
|                 | 個人番号              |                             |            |
| 住 所             | ( 〒      -      ) | 申請者の地方税上の扶養親族に    該当    非該当 |            |
| 5 氏 名<br>(個人番号) | フリガナ              | 生年月日                        | 年 月 日生( 歳) |
|                 | 個人番号              |                             |            |
| 住 所             | ( 〒      -      ) | 申請者の地方税上の扶養親族に    該当    非該当 |            |
| (備考)            |                   |                             |            |

|                                                                |              |                                       |       |           |
|----------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------|-------|-----------|
| 高等職業訓練促進給付金支給決定通知書                                             |              |                                       |       |           |
| ①氏名                                                            |              |                                       | 生年月日  | 年 月 日( 歳) |
| ②住所                                                            |              | (〒 - )                                |       |           |
| ③養成機関及び修業の内容について                                               | 養成機関名        |                                       |       |           |
|                                                                | 所在地          |                                       | 電話    |           |
|                                                                | 修業期間         | 年 月 日 ~ 年 月 日                         |       |           |
|                                                                | 修業資格         | 看護師・准看護師・介護福祉士・保育士・理学療養士・作業療法士・その他( ) |       | 昼間・夜間     |
| ④支給対象月                                                         |              | 年 月 日 ~ 年 月 日                         |       |           |
| ⑤希望する支払金融機関                                                    | 銀行名          |                                       | 口座の種類 |           |
|                                                                | 支店名          |                                       | 口座番号  |           |
|                                                                | フリガナ<br>口座名義 |                                       |       |           |
|                                                                |              |                                       | 受理番号  |           |
| さきにあなたから提出のありました高等職業訓練促進給付金等支給申請書に基づき審査したところ上記のとおり決定したので通知します。 |              |                                       |       |           |
| 年 月 日                                                          |              |                                       |       |           |
| 蒲郡市長                                                           |              |                                       |       |           |

※母子家庭の母でなくなったとき、父子家庭の父でなくなったとき、修業の取りやめ等をおこなったときは、受給資格がなくなりますので、14日以内に、高等職業訓練促進給付金等受給資格喪失届(第7号様式)を、支給申請をした窓口へ提出してください。

|                                                                                                            |       |                                             |      |           |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------------------------|------|-----------|--|
| 高等職業訓練促進給付金却下通知書                                                                                           |       |                                             |      |           |  |
| ①氏名                                                                                                        |       | フリガナ                                        | 生年月日 | 年 月 日( 歳) |  |
| ②住所                                                                                                        |       | ( 〒      -      )                           |      |           |  |
| ③<br><br>養成機関及び修業の内容について                                                                                   | 養成機関名 |                                             |      |           |  |
|                                                                                                            | 所在地   |                                             |      |           |  |
|                                                                                                            | 修業期間  | 年      月      日      ~      年      月      日 |      |           |  |
|                                                                                                            | 修業資格  | 看護師・准看護師・介護福祉士・保育士・理学療養士・作業療法士・その他(      )  |      | 昼間・夜間     |  |
| ④却下理由                                                                                                      |       |                                             |      |           |  |
| <p>年    月    日付けであなたから高等職業訓練促進給付金等の支給申請がありましたが、上記のとおり却下しましたので通知します。</p> <p>年      月      日</p> <p>蒲郡市長</p> |       |                                             |      |           |  |





# 高等職業訓練促進給付金等受給資格喪失届

年 月 日

蒲郡市長 殿

申請者氏名

わたしは、高等職業訓練促進給付金等の受給資格に該当しなくなりましたので届け出いたします。

|                      |       |                                                             |              |             |
|----------------------|-------|-------------------------------------------------------------|--------------|-------------|
| ①                    | 氏 名   | ワカタ                                                         | 生年月日         | 年 月 日 ( 歳 ) |
| ②                    | 住 所   | ( 〒      —      )                                           | 電 話 (      ) | -           |
| ③<br>養成機関及び修業の内容について | 養成機関名 |                                                             |              |             |
|                      | 所在地   |                                                             | 電話           |             |
|                      | 修業期間  | 年 月 日 ~ 年 月 日                                               |              |             |
|                      | 修業資格  | 看護師・准看護師・介護福祉士・保育士・理学療養士・作業療法士・その他(      )                  |              | 昼間・夜間       |
| ④申 請 日               |       | 年 月 日                                                       |              |             |
| ⑤喪 失 日               |       | 年 月 日                                                       |              |             |
| ⑥その理由                |       | ア 母子又は父子家庭でなくなったため。<br>イ 養成機関への修業を取りやめたため。<br>ウ その他(      ) |              |             |

|                       |       |                                            |      |           |
|-----------------------|-------|--------------------------------------------|------|-----------|
| 高等職業訓練促進給付金等受給資格喪失通知書 |       |                                            |      |           |
| ①氏名                   |       | フリガナ                                       | 生年月日 | 年 月 日( 歳) |
| ②住所                   |       | (〒      —      )                           |      |           |
| ③養成機関及び修業の内容について      | 養成機関名 |                                            |      |           |
|                       | 所在地   |                                            | 電話   |           |
|                       | 修業期間  | 年 月 日      ~      年 月 日                    |      |           |
|                       | 修業資格  | 看護師・准看護師・介護福祉士・保育士・理学療養士・作業療法士・その他(      ) |      | 昼間・夜間     |
| ④支給対象月                |       | 年 月      ~      年 月分                       |      |           |
| ⑤資格喪失日                |       | 年 月 日                                      |      |           |
| ⑥喪失理由                 |       |                                            |      |           |
|                       |       |                                            | 受理番号 |           |
| 上記のとおり決定しましたので通知します。  |       |                                            |      |           |
| 年 月 日                 |       |                                            |      |           |
| 蒲郡市長                  |       |                                            |      |           |



# 高等職業訓練修了支援給付金支給決定通知書

|                                                                                                      |   |                          |                                                |       |             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------------------------|------------------------------------------------|-------|-------------|
| ①                                                                                                    |   | 氏 名                      |                                                | 生年月日  | 年 月 日 ( 歳 ) |
| ②                                                                                                    |   | 住 所<br>( 〒      -      ) |                                                |       |             |
| 養成機関及び<br>修業の<br>内容に<br>ついて                                                                          | ③ | 養成機関名                    |                                                |       |             |
|                                                                                                      |   | 所在地                      |                                                | 電話    |             |
|                                                                                                      |   | 修業期間                     | 年 月 日      ~      年 月 日                        |       |             |
|                                                                                                      |   | 修業資格                     | 看護師・准看護師・介護福祉士・保育士・理学療養士・<br>作業療法士・その他(      ) |       | 昼間・夜間       |
| ④支給対象月                                                                                               |   | 年 月 日      ~      年 月 日  |                                                |       |             |
| ⑤希望する支払金融機関                                                                                          |   | 銀行名                      |                                                | 口座の種類 |             |
|                                                                                                      |   | 支店名                      |                                                | 口座番号  |             |
|                                                                                                      |   | フリガナ<br>口座名義             |                                                |       |             |
|                                                                                                      |   |                          |                                                | 受理番号  |             |
| <p>さきにあなたから提出のありました高等職業訓練促進給付金等支給申請書に基づき審査したところ上記のとおり決定したので通知します。</p> <p>年    月    日</p> <p>蒲郡市長</p> |   |                          |                                                |       |             |

※母子家庭の母でなくなったとき、父子家庭の父でなくなったとき、修業の取りやめ等をおこなったときは、受給資格がなくなりますので、14日以内に、高等職業訓練促進給付金等受給資格喪失届(第7号様式)を、支給申請をした窓口へ提出してください。

|                                                                                                            |       |                                                                |      |           |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------|------|-----------|--|
| 高等職業訓練修了支援給付金支給却下通知書                                                                                       |       |                                                                |      |           |  |
| ①<br>氏 名                                                                                                   |       | フリガナ                                                           | 生年月日 | 年 月 日( 歳) |  |
| ②<br>住 所                                                                                                   |       | ( 〒      —      )                                              |      |           |  |
| ③<br>養成機関及び<br>修業の<br>内容に<br>ついて                                                                           | 養成機関名 |                                                                |      |           |  |
|                                                                                                            | 所在地   |                                                                |      |           |  |
|                                                                                                            | 修業期間  | 年      月      日      ~      年      月      日                    |      |           |  |
|                                                                                                            | 修業資格  | 看護師・准看護師・介護福祉士・保育士・理学療養士・<br>作業療法士・その他(                      ) |      | 昼間・夜間     |  |
| ④却下理由                                                                                                      |       |                                                                |      |           |  |
| <p>年    月    日付けであなたから高等職業訓練促進給付金等の支給申請がありましたが、上記のとおり却下しましたので通知します。</p> <p>年      月      日</p> <p>蒲郡市長</p> |       |                                                                |      |           |  |

