

高等職業訓練促進給付金の支給継続届

社会福祉法人 愛知県母子寡婦福祉連合会 理事長 殿

(フリガナ) 氏名	印		決定 番号	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (年齢 歳)			
住所	〒 -			
電話番号	自宅： ()		携帯： - -	
高等職業訓練促進給付金支給状況	支給している福祉事務所	<input type="checkbox"/> 名古屋市 区社会福祉事務所 <input type="checkbox"/> 市(社会)福祉事務所 <input type="checkbox"/> 愛知県 福祉相談センター		
	養成機関名			
	取得(目標)資格			
	修学期間	年 月～ 年 月		
	支給期間	年 月～ 年 月		
他制度の利用の有無	専門実践教育訓練給付金の受給	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
	保育士修学資金貸付事業の利用	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
	介護福祉士等修学資金貸付制度の利用	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	

以下の欄には、記入しないでください。

【福祉事務所記入欄】

前記の高等職業訓練促進給付金支給状況について、相違ないことを証明します。

_____福祉事務所長 印