

年 月 日

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			給付金決定番号		
氏名	印		貸付決定番号		
生年月日	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。

年 月 日 _____ 福祉事務所長 印