

年 月 日

高等職業訓練促進資金貸付申請書

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 印は印鑑証明の印鑑とし、印鑑証明を添付する。 | |
| 生年月日 | 年 月 日 生 (年齢 歳) | |
| 住 所 | 〒 - | |
| 電話番号 | 自宅： () | 携帯： - - |
| 子の生年月日 | 【一番下のお子様について記載してください】 年 月 日 生 (年齢 歳) | |
| 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 |
| | 自立支援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 |
| | 上記の他、趣旨を同じくする制度を利用 (制度名：) | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |

裏面あり

高等職業訓練促進資金の貸付けを次のとおり申請します。

| | | | |
|----------------------|----------------|---|----------|
| 借用希望 金額 | 入学 準備金 | 円（入学時のみ貸付：上限500,000円） | |
| | | 【用途】 | |
| | 就職 準備金 | 円（卒業年次のみ貸付：上限200,000円） | |
| | | 【用途】 ※養成機関の修了証明書及び資格証明書の写しを添えて提出 | |
| 振込希望 口座 | 金融機関 | (金融機関等の名称) | (支店名称) |
| | 口座の種類 | <input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 | 口座 番号 |
| | (フリガナ) 口座名義 | | |
| 連帯保証人 又は 緊急連絡先 | 区分 | <input type="checkbox"/> 連帯保証人 <input type="checkbox"/> 緊急連絡先 | |
| | (フリガナ) 氏名 | | 続柄 |
| | 生年月日 | 年 月 日生 | (年齢 歳) |
| | 住 所 | 〒 - | |
| | 電話番号 | 自宅： () | 携帯： - - |

(添付書類) 個人情報の提供に係る同意書、誓約書

以下の欄には、記入しないでください。

| |
|---|
| <p>【福祉事務所記入欄】</p> <p>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。</p> <p>年 月 日 _____ 福祉事務所長 印</p> |
|---|