

福島県高等職業訓練促進給付金等事業事前相談申し込み用紙

下の枠内のすべての欄にご記入いただき、県庁児童家庭課に郵送願います。

記入日 令和 年 月 日

フリガナ	生年月日	年齢	性別
お名前	昭和・平成 年 月 日		
フリガナ	連絡先	電話	
ご住所 〒 -		携帯	
		その他	
面接希望日(複数回答)	面接希望会場(希望する会場 <input type="checkbox"/> 欄を <input checked="" type="checkbox"/> してください。)		
	<input type="checkbox"/> 福島市 <input type="checkbox"/> 須賀川市 <input type="checkbox"/> 白河市 <input type="checkbox"/> 会津若松市 <input type="checkbox"/> 南相馬市		

訓練機関名 (学校等の名称)	訓練期間 年	対象資格 (該当資格を○で囲んでください。または()に記入)	看護師/介護福祉士/保育士 准看護師/理学療法士/作業療法士 調理師/製菓衛生師/美容師 社会福祉士/歯科衛生士/()
-------------------	-----------	-----------------------------------	---

希望する給付月額	(該当番号を○で囲んでください。)	① 100,000円 ② 70,500円	※ ①は市町村民税非課税世帯の場合 ②は市町村民税課税世帯の場合
----------	-------------------	-------------------------	-------------------------------------

家 計 状 況			
収 入		支 出	
児童扶養手当	円		円
児童手当	円		円
	円		円
	円		円
	円		円
合 計	円/月	合 計	円/月

同居家族	子ども	年齢:	生活上の支援者	有・無 ()
	(人)		ひとり親になった時期	平成・令和 年 月
	その他同居人	有(人)・無		

生活住居状況	1)親と同居 2)持ち家 3)賃貸民間アパート 4)賃貸公営住宅 5)その他()	高等職業訓練促進給付金の給付を希望する理由
子育て・保育状況	・保育所 ・学童保育 ・親 ・ファミリーサポートセンター ・その他()	
健康状態	ご本人 子ども 同居家族	

最終学歴		資格	
主 な 職 歴	経験年数	会社名または業界名	経験職種及び、業務内容
			()
			()
現職	会社名または業界名	業務内容	雇用形態及び処遇等
有・無			期間

本給付金と同時に利用する予定の給付金・貸付金等	有・無	有の場合、正式名称を記載してください。
-------------------------	-----	---------------------

過去に、この給付金(高等職業訓練促進給付金)、または高等技能訓練促進費を受給したことがありますか。	有・無
---	-----