

(あて先)
南魚沼市長

氏名

自立支援教育訓練給付金交付申請書及び実績報告書

自立支援教育訓練給付金の交付を受けたいので下記により申請します。

① 氏名 (個人番号)	フリガナ	生年月日	年 月 日 (歳)
	個人番号		
② 住所	〒 ー 南魚沼市	電話 () ー	
③ 教育訓練施設の名称			
④ 教育訓練講座の名称			
⑤ 教育訓練の期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (受講開始日) (受講終了日)		
⑥ 所要費用	入学料 円、 受講料 円 合計額 円		
⑦ 雇用保険法による教育訓練給付金の受給額	円		
⑧ 支払希望金融機関	金融機関名	口座の種類 普通・当座	
	支店名	口座番号	
	口座名義人氏名 (フリガナ)		
	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。		
(備考)			

(注意)

- 交付申請期間は、受講終了日(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者は、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。
- 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支払希望金融機関」欄に記入する必要はありません。