

様式第 1 号

母子家庭自立支援教育訓練給付金支給事業受講対象講座指定申請書

年 月 日

(あて先) 所沢市長

所沢市母子家庭自立支援教育訓練給付金支給要綱第 5 条の規定に基づき、母子家庭自立支援教育訓練給付金支給事業受講対象講座の指定を申請します。

申 請 者	ふりがな	生年月日	
	氏 名	年 月 日 (歳)	
	住 所		
	所沢市	(電話番号 -)	
	職 業		
者	勤務先		
	児童扶養手当の受給の有無	有 ・ 無	
受 講 内 容 等	受講予定の講座名		
	受講に係る経費	円	
	教育訓練施設	ふりがな	
		名 称	
		所在地	(電話番号 -)
		受講期間	年 月 日～ 年 月 日 (予定)
その他参考となる事項			
雇用保険制度の教育訓練給付の受給資格	有 無		
自立支援教育訓練給付金の受給の有無	有 無		
備 考			