

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

記載例

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	フクシマ ハナコ	生年月日	年齢	性別
お名前	福島 はな子	昭和・平成 ○○年△△月××日	○○	女
フリガナ	フクシマシスギツマチョウ ケンエイジュウタクフクシマ	連絡先	電話	○○○-○○○-××××
ご住所	〒960-8670 福島市杉妻町2番16号 県営住宅福島701号	携帯	○○○-△△△△-××××	
面接希望日(複数回答)	面接希望会場(希望する会場□欄を✓してください。)			
○月○日、△日、□日	<input checked="" 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)	福島県立看護学校	訓練期間	対象資格	<input checked="" type="checkbox"/> 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/()
		3年	(該当資格を○で囲んでください。または()に記入)	

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 <input checked="" type="radio"/> 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	30,000円	家賃	35,000円
児童手当	20,000円	光熱水費	15,000円
親からの援助	25,000円	食費	20,000円
	円	通信費	10,000円
	円	学費	60,000円
合計	75,000円/月	合計	140,000円/月

※内訳を具体的に記載願います。(給与、養育費、親からの援助等)

※内訳を具体的に記載願います。(家賃、光熱費、食費、学費、通信費、保険料、車両維持費等)

同居家族	子ども	年齢: ○○歳(中学○年)	生活上の支援者	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無 (同居の両親)
	(2人)	△△歳(小学△年)	ひとり親になった時期	<input checked="" type="checkbox"/> 平成・令和 □年 △月
	その他同居人	<input checked="" type="checkbox"/> 有 2人 (両親)・無		

生活住居状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1)親と同居 <input type="checkbox"/> 2)持ち家 <input type="checkbox"/> 3)賃貸民間アパート <input type="checkbox"/> 4)賃貸公営住宅 <input type="checkbox"/> 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 平成□年△月に離婚した後、子ども2人を育てながら○○等で働いたが、これだけで生活に必要な収入が得られないため、資格を取得して、安定した収入を得るため、○○学校に入学することにした。 ……のため高等職業訓練促進給付金を受給して、○○学校での訓練に専念したい。 なお、卒業して○○資格取得後は、……として……していきたい。
子育て・保育状況	<input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 学童保育 <input checked="" type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> ファミリーサポートセンター <input type="checkbox"/> その他()	
健康状態	ご本人 良好 子ども 良好 同居家族 良好	

最終学歴	○○学校 卒業	資格	普通自動車免許、簿記3級、ホームヘルパー2級	
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	転職又は、退職理由
	3年	(有)×××	販売業(経理)	結婚、出産のため退職
	2年	(株)○○○	事務職(データ入力)	契約期間満了のため退職
	1年	△△事業所	介護職(ヘルパー)	自己都合のため退職
現職	会社名または業界名	業務内容	雇用形態及び処遇等	期間
<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	○○病院	看護助手	パート	H26.6~R4.3

本給付金と同時に利用する予定の給付金・貸付金等	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	有の場合、正式名称を記載してください。 教育訓練給付金(ハローワークから給付)、 ○○奨学資金貸付金(○○病院から貸付)
-------------------------	---	--

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・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
---	--