

## 自立支援教育訓練給付金支給申請書

年 月 日

久留米市福祉事務所長 あて

申請者氏名 \_\_\_\_\_

自立支援教育訓練給付金の支給を受けたいので下記により申請します。

①氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日
		個人番号	
②住所	(〒 - )	電話	( ) -
③教育訓練施設について	名称		
	所在地	電話	( ) -
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) (修了日)		
うち支給単位期間	うち _____年 月 日 ~ _____年 月 日 (初日) (末日)		
⑥所要費用	入学金_____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振込金融機関 (申請者名義)	(金融機関名)		(支店名)
	(口座番号) 普通		(カナ・口座名義人名)
(備考)			

**注意** 支給申請期間は、指定講座修了日（専門実践教育訓練給付金受給者は支給額確定日）から起算して30日以内（支給単位期間ごとに支給を受ける方は、指定教育訓練実施者の発行する「受講証明書」に記載された支給単位期間末日の翌日から起算して30日以内）です。