

第7号様式(第12条関係)

蕪崎市母子家庭等高等職業訓練促進給付金等受給資格喪失届出書

年 月 日

(宛先) 蕪崎市福祉事務所長

申請者氏名

私は、下記のとおり高等職業訓練促進給付金等の支給を受ける資格がなくなりましたので届け出いたします。

| | | | |
|-------------------|--|-------------------------------------|---------------------|
| ① 氏 名 | フリガナ | 生年月日 | 年 月 日 (歳) |
| ② 住 所 | (〒 —) 蕪崎市 | 電 話 (携帯可) () — | |
| ③ 養成機関及び修業の内容について | 養成機関名 | | |
| | 所 在 地 | 電 話 | |
| | 修 業 期 間 | 年 月 日～ 年 月 日 | |
| | 修業に係る資格 | 看護師・介護福祉士・保育士・理学療法士・作業療法士 その他() | 養 成 区 分 昼間・夜間・通信 |
| ④ 支給決定日 | 年 月 日 | | |
| ⑤ 喪 失 日 | 年 月 日 | | |
| ⑥ その理由 | ア 母子家庭等でなくなったため。 イ 養成機関への修業をとりやめたため。 ウ その他 | | |