

第8号様式（第10条関係）

韮崎市母子家庭等自立支援教育訓練給付金対象講座受講取消届

年 月 日

（宛先） 韮崎市福祉事務所長

申請者氏名

わたしは、母子家庭等自立支援教育訓練給付金の支給を受けるための対象講座を、途中で取りやめ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	(〒 —)	電話・携帯 ()	—
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(受講開始日)～ 年 月 日		
⑥申請日	年 月 日		
⑦取りやめ日	年 月 日		
⑧その理由			