

高等職業訓練促進給付金等調査書

下記のとおり、高等職業訓練促進給付金の給付を受けたいので、次のとおり調査書を提出します。

作成日	年 月 日
-----	-------

①氏名・生年月日		カガナ		生年月日	年 月 日生 (歳)			
②住 所								
③養成機関 及び修業 内容につ いて	養成機関名							
	住 所							
	修業期間	年 月 日～	年 月 日	養成区分	昼間・夜間			
	修業資格	看護師士・介護福祉士・保育士・理学療法士・作業療法士・准看護師・管理栄養士 栄養士・歯科衛生士・理容師・美容師・社会福祉士・製菓衛生師・調理師 その他 ()						
④直近の 就業状況 について	就業期間等	年 月～		年 月	(年収 万円)			
	勤務先名	(職業)						
	住 所							
⑤資格取得後の 就業計画								
⑥家計状況	月収合計	内 訳	本人の給与等	年金等	児童扶養手当	養育費	生活保護費	その他 ()
	円		円	円	円	円	円	円
	住民税	課税・非課税			所得税	課税・非課税		
⑦家族状況	氏 名	続柄	同居・別居	生年月日	年齢	職業(学年)	年収	
		本人		・			円	
			同・別	・				
			同・別	・				
			同・別	・				
			同・別	・				

母子・父子自立支援員等の意見

(担当者氏名)

印

