

様式第 5 号（第 9 条関係）

年 月 日

（請求先）土 浦 市 長

土浦市ひとり親家庭高等職業訓練促進給付金等請求書

年 月 日付け 第 号で支給決定のあった土浦市ひとり親家庭
等高等職業訓練促進給付金等について、土浦市ひとり親家庭高等職業訓練促進給付金
等事業実施要綱第 9 条の規定により次のとおり請求します。

ふりがな 請求者氏名	印		支給決定番号	
住 所	(〒 -) (電話 () -)			
養成機関名				
修 業 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日			
請求額	高等職業訓練促進費給付金 年 月分 円 高等職業訓練修了支援給付金 円			
備 考	振込先 金融機関名 支店名 口座番号（普通・当座）No. 口座名義（カタカナ）			

◇支給要件確認欄（該当する方に○印を付けてください。）

・住所地は変わっていませんか。	有	無
・ひとり親家庭の父又は母であることに変わりはないですか。	有	無
・同居している家族に異動はありませんか（子の年齢が 2 0 歳に達した場合、婚姻等を含みます。）。	有	無
・所得額に大きな変動はありませんか。	有	無
・養成機関を休学し、又は退学していませんか。	有	無
※請求月（ 月）の出席日数 日 （出席すべき日数 日）		

※出席日数については、自己申告で記入してください。証明書等の添付は不要です。