様式第４号（第１０条関係）

桶川市高等職業訓練促進給付金請求書

年　　月　　日

桶川市長

住　所

氏　名　　㊞

桶川市高等職業訓練促進給付金について、次のとおり請求します。

金　　円

（　　年　　月分）

在籍状況申立書

年　　月　　日

桶川市長

住　所

氏　名　　㊞

私は、　　年　　月　　日現在、次の養成機関に在籍し、修業中であることを申し立てます。

養成機関名	
修業期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日
修業に係る資格	看護師・准看護師・保育士・介護福祉士・作業療法士理学療法士 歯科衛生士・美容師・社会福祉士・製菓衛生師・調理師 その他（　　）
整理番号	第　　号

次の口座に振り込んでください。

金融機関名	
支店名	支店
預金種別	普通・当座
口座番号	
口座名義（ｶﾀｶﾅ）	