様式第１号(その１)(第10条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 訓　練　手　当　受　給　資　格　認　定　申　請　書  年　　月　　日  福井県知事　　　　様  申請者氏名  訓練手当の支給を受けたいので、次のとおり申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ①　申請する手当の種類　※ | | | | | 基本手当 | | | | | 受講手当 | | | | | | | | | | | | | | | 寄宿手当 | |
| ② | 申請者  の記入  する欄 | (1)　氏　　　　　名 | | | | |  | | | | | | | (2)　生　年　月　日 | | | | | | 年　　　月　　　日(満　　　歳) | | | | | | |
| (3)　住所または居所 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (4)  家  族  の  状  況 | | 氏　　　　　　名 | | | | 申請者との  続柄 | | | 年齢 | | 職業 | | | 扶養の有無 | | | | 同居・別居の別 | | | 別居している者の住所ま  たは居所 | | | |
|  | | | |  | | |  | |  | | | 有・無 | | | | 同　居・別　居 | | |  | | | |
|  | | | |  | | |  | |  | | | 有・無 | | | | 同　居・別　居 | | |  | | | |
|  | | | |  | | |  | |  | | | 有・無 | | | | 同　居・別　居 | | |  | | | |
|  | | | |  | | |  | |  | | | 有・無 | | | | 同　居・別　居 | | |  | | | |
|  | | | |  | | |  | |  | | | 有・無 | | | | 同　居・別　居 | | |  | | | |
|  | | | |  | | |  | |  | | | 有・無 | | | | 同　居・別　居 | | |  | | | |
|  | | | |  | | |  | |  | | | 有・無 | | | | 同　居・別　居 | | |  | | | |
|  | | | |  | | |  | |  | | | 有・無 | | | | 同　居・別　居 | | |  | | | |
| (5)　寄　宿　の　事　実 | | | | | 有無 | | | | | | | | (6)　寄　宿　開　始　年　月　日 | | | | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | |
| (7) | 寄宿前の住所  または居所 | | | | （　　　　　　　　　　)方 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ③※ | | (1)　訓　　練　　の　　別 | | | | | | | 公共職業訓練 | | | | | | | | | | 職場適応訓練 | | | | | | | |
| 職業訓練  を行う施  設の長の  確認欄 | | (2)　訓　　練　　期　　間 | | | | | | | 年　　月　　日から　　年　　月　　日まで | | | | | | | | | | | | | (3)　訓練職種 | | | |  |
| (4) | 訓練受講  指示の根拠 | | | | | | 労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律施行規則  第2条第　　項第　　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (5) | 雇用保険基本手当等受給資格の有無 | | | | | | | | | | | | | | 有無 | | | | | | | | | |
| 種類 | | | | イ　雇用保険基本手当ま  たは雇用保険傷病手当 | | | | | | ロ　雇用保険日雇労  働求職者給付金 | | | | | | ハ　国家公務員等失業者  退職手当 | | | | | | 二　イ～ハに相当する地方  公共団体が支給する給付 | | |
| 有無 | | | | 有無 | | | | | | 有無 | | | | | | 有無 | | | | | | 有無 | | |
| 金額 | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | |
| 受給期間 | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | |
| (6)　駐留軍関係離職者等臨時措置法該当者の有無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 有無 | | |
| (7)　雇用保険法第40条の規定による特例一時金の受給の有無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 有　　　　無  離職日　　年　　月　　日  認定日　　年　　月　　日 | | |
| 上記のとおり進達します。  年　　　月　　　日  職業訓練を行う施設の所在地  職業訓練を行う施設の長  の職および氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（注意）　1　②欄には、必要な事項を記入し、または該当する箇所に○印を付してください。

2　②欄の(4)の事項については、市町長の証明書を添えることを求められることがあります。

3　※欄には、記入しないでください。